L'ODONTOLOGIE

34e année. Vol. LI — N° 1. 15 JANVIER 1914

L'ODONTOLOGIE

PARAISSANT LE 15 ET LE 30 DE CHAQUE MOIS

ORGANE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE
ET DU GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
(SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS,
SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS)

Dirigée de 1881 à 1896 par Paul Dubois

DIRECTEUR : **CH. GODON,**
Président-directeur de l'École dentaire de Paris.

RÉDACTEUR EN CHEF : **MAURICE ROY,**
Professeur à l'École dentaire de Paris, Dentiste des hôpitaux.

Secrétaire de la Rédaction :
HENRI DREYFUS,
Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

Administrateur-Gérant :
V. E. MIÉGEVILLE,
Chef de clinique à l'École dentaire de Paris.

34e année. — 1er SEMESTRE 1914. — Vol. LI.

RÉDACTION ET ADMINISTRATION
A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE
PARIS-IXe *Téléphone : Central 23.04*

ABONNEMENT :
FRANCE............ **10 fr.** | UNION POSTALE...... **12 fr.**

Le Numéro : 1 franc.

34ᵉ ANNÉE. N° 1. 15 JANVIER 1914 VOL. LI

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

ASYMÉTRIE CONDYLIENNE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Par J. CHOQUET,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie, 4 novembre 1913.)

Vous avez tous été frappés comme moi, j'en suis convaincu, des phénomènes bizarres qui se produisent chez certains de nos patients lorsque nous leur demandons d'ouvrir la bouche.

Il semble que le maxillaire inférieur ne s'abaisse pas d'une façon régulière, normale, mais au contraire obliquement. Depuis longtemps ce fait avait attiré mon attention, mais je n'avais pu parvenir à en trouver la cause. C'est alors que je me suis reporté aux mensurations anthropologiques que j'avais effectuées il y a quelques années et celles-ci m'ont permis de me rendre compte que cette sorte de déviation unilatérale, tantôt à droite, tantôt à gauche, suivant les sujets, avait pour cause efficiente l'articulation condylienne proprement dite.

Je vais dès maintenant résumer les modifications qui peuvent se produire :

1° Il est bien rare que, sur un sujet donné, les deux condyles présentent le même diamètre transversal ;

2° Il peut se produire une obliquité plus ou moins accentuée de l'un ou de l'autre de ces condyles ;

3° La branche montante peut elle-même être plus développée d'un côté que d'un autre et cependant l'articulation

interdentaire reste exacte à l'état d'occlusion des mâchoires.

Les mensurations que j'ai faites m'ont entraîné à chercher un moyen me permettant de gagner du temps, non pas sur le sujet vivant, ceci est absolument impossible, mais sur le squelette et je considère que la communication que je vous présente ce soir, si elle n'a pas d'intérêt pratique immédiat, peut cependant vous donner quelques indications intéressantes soit pour la construction des dentiers artificiels, soit pour ce qui a trait à l'articulation proprement dite.

Pour se rendre compte d'une façon complète de l'asymétrie qui existe dans l'articulation temporo-maxillaire on est obligé de prendre plusieurs mensurations au niveau des condyles.

Il faut obtenir tout d'abord le diamètre bi-condylien externe, puis l'espace by-condilien interne, le diamètre condylien transversal et en même temps l'obliquité.

Avec les anciennes méthodes on était obligé d'employer soit le compas, soit le pied à coulisse et de se reporter du côté droit au côté gauche. Ceci occasionnait une perte de temps assez sérieuse.

J'ai étudié la question et je suis arrivé à construire un compas spécial qui me permet d'obtenir d'un seul coup le diamètre bi-condylien externe, l'espace bi-condylien interne, le diamètre de chacun des condyles et en même temps et surtout l'obliquité de ceux-ci.

Ce compas, comme vous pouvez le voir, est une sorte de pied à coulisse double, avec une échelle graduée. Il possède, sur le côté correspondant à la face externe des condyles, deux rapporteurs à glissières qui permettent de se rendre compte d'un seul coup d'œil de l'obliquité de ces condyles en même temps que de leur diamètre.

Pour me servir de cet instrument, j'emboîte aussi à fond que possible mes condyles dans les deux mors latéraux.

Je me reporte ensuite aux graduations qui existent sur la règle inférieure, qui me donne par exemple la dimension du diamètre bi-condylien externe et du diamètre bi-

condylien interne. J'obtiens par la même occasion le diamètre condylien du côté droit et du côté gauche et, en faisant marcher les rapporteurs, en ayant soin que le point moyen de la portion de circonférence corresponde bien à la surface externe de mes condyles, j'obtiens un angle.

D'après les recherches que j'ai faites, je suis arrivé à ces conclusions :

Le diamètre varie du tout au tout suivant le sujet et suivant la race.

On peut poser comme principe que chez les sujets adultes le minimum de développement du diamètre transversal est de 15 millimètres 7, tandis que le maximum est de 28 millimètres 5.

Ceci étant posé, on peut croire que le diamètre transversal des condyles est le même du côté droit que du côté gauche. Il n'en est rien. Il est excessivement rare de trouver le même diamètre des deux côtés et l'on constate des modifications extrêmement grandes. Ainsi par exemple il n'est pas rare de trouver une différence de trois et même de quatre millimètres entre le condyle droit et le condyle gauche.

Vous voyez déjà, quelle importance cela peut avoir pour vous.

D'un autre côté, dans cette mauvaise ouverture de la cavité buccale qui occasionne une sorte de déviation latérale, soit à droite, soit à gauche, il faut encore faire entrer en ligne de compte un autre facteur qui tient à la branche montante.

Il n'est pas rare, *quoique ce ne soient pas des cas pathologiques*, de constater des différences notables dans la longueur de la branche montante et il va de soi que, si cela n'entraîne pas des modifications du côté du facies, cela en entraîne forcément du côté de l'articulation temporo-maxillaire, car il est matériellement impossible que le patient puisse ouvrir la bouche d'une façon normale.

Enfin, l'homme étant omnivore, on peut admettre que, par suite de ses divers modes d'alimentation, son maxil-

laire inférieur est amené à effectuer des mouvements différents, y compris le mouvement de diduction ou de latéralité. Ce dernier ne peut se produire qu'autant que les condyles ont leur diamètre transversal venant à se confondre par prolongement.

Mais il n'en est pas toujours ainsi et nombreux sont les cas où les surfaces d'articulation condylienne sont situées plus ou moins obliquement, la réunion des deux axes s'effectuant tantôt en un point, tantôt en un autre aux environs du trou occipital. Je m'empresse d'ajouter qu'il est excessivement rare de rencontrer des condyles dont le bord interne soit dirigé obliquement, c'est-à-dire vers le pharyux et, en pareille circonstance, je me demande de quelle façon la mastication peut s'effectuer.

Je n'en ai trouvé qu'un seul cas: c'est un maxillaire inférieur de Tasmanien qui présente trois des phénomènes que je viens de vous signaler.

Nous avons dans ce cas augmentation de la branche montante du côté droit, différence entre le diamètre transversal des condyles, et au condyle gauche nous constatons une obliquité tout à fait prononcée.

Je vous présente ce soir cette petite note qui, au point de vue pratique sur nos patients, ne pourrait pas nous être utile, mais c'est une petite contribution que j'apporte à l'étude des phénomènes de l'articulation temporo-maxillaire au point de vue de la construction des dentiers.

Je crois qu'il y a là une idée qui pourrait être mise en évidence d'une façon plus précise que par des travaux de laboratoire.

CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA CARIE DENTAIRE ET NOUVELLE THÉORIE DE LA SUSCEPTIBILITÉ A LA CARIE[1]

(Suite et fin.)

Par Edouard C. KIRK,

Doyen de la Faculté dentaire de l'Université de Pensylvanie.

Miller entreprit une série d'expériences pour savoir si la salive a des propriétés bactéricides et, dans l'affirmative si ces propriétés sont plus marquées chez les personnes douées d'immunité contre la carie que chez celles qui y sont très prédisposées. Il dit à cet égard :

« La salive des individus immunisés produit d'ordinaire moins d'acide par fermentation dans un temps donné, surtout dans les 24 premières heures, que celle des personnes susceptibles. La différence n'est cependant pas constante et j'ai quelquefois trouvé dans le premier cas autant d'acidité que dans le second ; quelquefois la salive des sujets très susceptibles produit moins d'acide que celle d'un sujet relativement immunisé.

» Il y a là un facteur qu'on ne saurait négliger, quoiqu'il n'ait pas assez d'importance pour expliquer l'immunité dans un cas et la susceptibilité dans l'autre. Je ne puis pas encore tout à fait dire pourquoi la salive d'un individu fermente plus rapidement que celle d'un autre ; je réserve la discussion de la question pour plus tard. Naturellement la réaction de la salive au début de l'expérience et la présence de certains sels, de carbonates en particulier, influent sur la quantité d'acide libre qui apparaît dans les 24 premières heures. »

Malheureusement le moment où Miller aurait pu s'occuper de cette phase du problème ne vint jamais.

On peut dire peut-être pourquoi Miller n'a pas abordé cette dernière phase. Si l'on considère l'influence sur son esprit de la limitation de sa propre définition de la carie, définition résultant de longues et patientes recherches qui ont démontré que la carie peut être reproduite artificiellement conformément aux conditions indiquées par Koch,

1. V. *Odontologie* du 30 déc. 1903, p. 533.

son maître ; si l'on considère que ses découvertes scientifiques sont en accord avec ce qu'on connaissait cliniquement à cette époque, il semblerait qu'on pouvait penser que la carie pouvait être produite par toute autre méthode que celle constituant la découverte de Miller. Malgré cela, il a été bien près de découvrir une conception plus large de l'étiologie de la carie dentaire : cela résulte de ce qu'il dit touchant ses expériences sur la fermentation salivaire : « Il y a là un facteur, etc... » Il me semble qu'avec de plus longs développements sur notre conception du processus du métabolisme hydrocarboné, cette observation de Miller est la pierre angulaire qui doit servir de base à notre intelligence de l'étiologie de la carie.

Miller pensait donc que certains sels contenus dans la salive ont de l'influence sur la fermentation ; cette possibilité a été démontrée plus tard par Percy Howe, de Boston. Miller reconnaissait également l'importance que des variations de la composition salivaire ont sur la fermentation et il est étonnant, suivant moi, qu'il n'ait pas vu que c'est précisément à cause de cette variation qu'il put constater certaines exceptions à ce qu'il considérait comme la règle, à savoir que la salive d'un individu susceptible à la carie est plus fermentescible et donne une proportion plus grande d'acidité résultant de la fermentation que la salive du sujet immunisé.

D'après ce qui précède je considère le contenu hydrocarbonate de la salive, c'est-à-dire hydrocarbonate métabolique qui y est contenu et qui provient du sang, comme un élément décomposé en acide lactique par les ferments bactériens dans la bouche des sujets susceptibles, et c'est cet hydrocarbonate, d'autres conditions favorisant la localisation du processus, qui est le facteur déterminant la susceptibilité à la carie dentaire.

J'ai maintes fois soutenu cette opinion dans des communications et dans des discussions et j'espérais qu'elle inciterait quelques chercheurs à sa vérification scientifique. Il n'en a pas été ainsi et j'attribue cela à trois causes :

1° L'idée que la carie est le résultat de la fermentation lactique de débris alimentaires hydrocarbonés est si impressionnante que peu d'observateurs sont disposés à aller au delà chercher une conception plus vaste expliquant mieux les choses inexpliquées touchant la carie et la susceptibilité à la carie ;

2° Notre connaissance des conditions qui amènent la présence de substances hydrocarbonées fermentescibles dans la salive est extrêmement mince;

3° Nous n'avons pas encore abandonné l'idée que l'immunité doit être expliquée par l'existence d'un facteur bactéricide dans la salive des immunisés, malgré que la bouche des sujets immunisés abonde en bactéries productrices de la carie.

Des études récentes ont jeté un jour sur la présence d'hydrocarbonates fermentescibles dans la salive et, par suite, sur la susceptibilité à la carie. Claude Bernard a démontré que, quand chez un lapin le plancher du quatrième ventricule est piqué entre les origines des nerfs auditif et pneumogastrique, du sucre apparaît dans l'urine ; depuis plusieurs observateurs ont signalé la glycosurie provenant de troubles dans cette région, surtout dans celle de l'hypophyse Gœtsch, Cushing et Jacobson ont démontré expérimentalement l'influence du lobe postérieur du corps pituitaire sur le métabolisme hydrocarboné.

Ces observateurs, après avoir fixé expérimentalement chez les chiens la limite de la tolérance hydrocarbonée, ont remarqué une augmentation notable de cette tolérance hydrocarbonée après ablation de ce lobe, limite pouvant atteindre 60 o/o au-dessus du maximum préopératoire normal. A la suite de l'opération, les animaux augmentaient rapidement de poids en fixant leur graisse.

Cette augmentation de la tolérance indique une augmentation correspondante de la quantité de sucre contenue dans le sang comme résultat de l'opération des corps pituitaires, l'excès se transformant en graisse. La quantité de glucose contenue dans le sang est d'environ 1/1000; si elle atteint 2/1000, le sucre commence à se montrer dans l'urine. Cette

glycosurie peut être produite artificiellement en suralimentant avec du sucre ou en injectant de la glucose dans le sang. Si l'on observe une augmentation de tolérance des hydrocarbonates après enlèvement du lobe ou lésion de ce lobe, entre autres choses, dans une augmentation de la teneur du sang en sucre, on peut en inférer que le sucre se montrera dans la salive par dialyse du sang par le moyen des glandes salivaires dans la cavité buccale.

Les faits révélés par Cushing et ses collaborateurs sont appuyés par beaucoup de cliniciens, et tous tendent à prouver que des troubles profonds de métabolisme et que des troubles de métabolisme hydrocarboné et de glycosurie simultanée sont associés avec une lésion ou une maladie de l'hypophyse.

Examinons ces faits dans leurs relations dentaires possibles.

On se rappelle qu'une entrave dans l'évolution normale des dents des dentures temporaire et permanente a pour résultat une denture pathologique, qui est la cause prolifique d'une longue catégorie de phénomènes pathologiques de nature nerveuse réflexe variant entre la céphalalgie, les convulsions, la chorée, l'épilepsie, la folie, la démence précoce, les troubles visuels, auditifs, etc. Ces phénomènes, quand ils sont d'origine dentaire, sont des exemples d'irritation périphérique plus ou moins prononcée des terminaisons dentaires des nerfs de la cinquième paire, qui a son origine profonde dans le plancher du quatrième ventricule. L'irritation périphérique est réfléchie en arrière par les origines du trijumeau jusqu'aux origines d'autres grands troncs nerveux prenant naissance dans la même région anatomique, développant ainsi une manifestation pathologique aux zones de distribution des troncs nerveux affectés secondairement. En raison de l'étroite relation de l'hypophyse cérébrale avec l'origine profonde du trijumeau, il ne faut pas un grand effort d'imagination pour aboutir au trouble possible, même probable du corps pituitaire de denture pathologique.

Nous sommes habitués à considérer la dentition comme la simple éruption des dents, le passage des dents au travers des gencives, processus qui se répète avec des arrêts périodiques entre l'apparition de chaque dent ou groupe de dents jusqu'à ce que le complément normal soit en position.

Si cette conception est juste dans une certaine mesure, la conception plus exacte de la dentition est que c'est un processus d'activité physiologique plus ou moins continue, s'étendant de la naissance jusqu'à ce que les troisièmes molaires aient pris leur position normale dans la denture adulte complète, c'est-à-dire vers la 18e année, processus caractérisé par des périodes d'efforts nerveux accentués coïncidant avec l'éruption au travers du tissu gingival de chaque dent qui prend sa place normale dans la denture. Peu d'individus traversent cette longue période d'évolution de la dentition s'étendant dans l'enfance et l'adolescence, sans preuves plus ou moins marquées de troubles réflexes nerveux parfois très voisins de troubles pathologiques, tandis que beaucoup franchissent la ligne normale jusqu'à un degré sérieux et parfois fatal. Nous avons alors dans le processus de la dentition et dans ses mouvements périodiques manifestes d'augmentation d'efforts nerveux une ample justification de l'idée que l'irritation de l'hypophyse peut en être déduite avec accompagnement de troubles de métabolisme carbohydraté, connus pour être le résultat de cette irritation. Le mécanisme des troubles de nutrition est dans son essence analogue à celui qui se produit dans la grossesse. Erdheim et Stümme, dans une étude des altérations des hypophyses de 150 femmes enceintes, ont trouvé que chez les nullipares le poids moyen de la glande était de 61 centig. 8, chez les primipares 84 centig. 7, avec un maximum de 110 centig., tandis que chez les multipares, le poids moyen était de 106 centig., avec un maximum de 165 centig. Après la parturition, il se produit un abaissement de poids de la glande, l'involution étant complète à la fin de la lactation. On voit ainsi qu'une augmentation de poids de la glande se produit avec chaque grossesse succes-

sive. Les troubles fonctionnels de grossesse bien connus présentant parfois des symptômes que Cushing décrit comme une acromégalie passagère sont des indications de trouble pituitaire et il signale dans le même ordre d'idées la glycosurie de la grossesse. Il dit à ce propos :

« Dans une série de 95 femmes enceintes observées par Reichenstein, 11,8 o/o présentaient de la méliturie, tandis que d'autres présentaient un abaissement de la limite d'assimilation hydrocarbonée, surtout pour la lévulose, une lévosurie passagère spontanée survint dans quelques cas après la parturition... Sans aucun doute des altérations comparables dans la tolérance du sucre surviennent dans d'autres périodes de rétablissement physiologique. Il n'est pas improbable que la glycosurie de l'adolescence puisse être accompagnée d'écarts dans les sécrétions internes qui sont à la limite de la normale physiologique. En raison d'un développement rapide à cette époque, il est naturel de supposer que ces glycosuries peuvent avoir un rapport intime avec l'hyperplasie de l'hypophyse quant aux changements les plus frappants des cellules interstitielles des testicules et des ovaires qui surviennent à ce moment. »

Je me suis efforcé de montrer les faits caractéristiques produits par des altérations plus ou moins profondes de l'hypophyse dans les processus métaboliques normaux et de montrer que ces troubles sont rattachés non seulement à une maladie ou lésion de l'hypophyse, mais sont amenés par le stimulant physiologique de la grossesse et qu'ils sont amenés aussi par l'effort de la dentition, comme je suis amené à le croire. Je crois aussi que, en raison des glycosuries qui sont dans bien des cas symptomatiques de ces troubles, nous constaterons que la présence signalée de ferment hydrocarboné dans la bouche des sujets enclins à la carie est due à la même série de causes qui, dans des cas semblables, expliquent la présence de glucose et de ses congénères dans l'urine. Certes, si le principe posé par Michaels que la composition de la salive donne un tableau exact de la composition chimique du sang duquel elle provient, il faut nous attendre à trouver du sucre dans la salive plutôt que dans l'urine dans un cas voisin de la

glycosurie. Etant donné que la glucose est un constituant du plasma sanguin normal et que, dans des conditions de variation métabolique, il peut survenir non seulement une hyperglycémie causant de la glycosurie, mais un excès de sucre dans la salive, cela jette non seulement un nouveau jour sur l'étiologie de la carie, mais, ce qui est aussi important, sinon plus important, au point de vue pratique, nous avons la base de la solution du problème de la susceptibilité et de l'immunité à la carie dentaire.

La carie dentaire va de la surface libre de la dent vers l'intérieur jusqu'à ce que la chambre pulpaire soit envahie. En examinant au microscope une coupe de dentine cariée pratiquée parallèlement aux canalicules on constate que l'invasion bactérienne va de la jonction de l'émail à la dentine vers la pulpe. La zone sectionnelle des canalicules la plus voisine de l'émail est la plus agrandie et est remplie d'organismes, tandis que la portion la plus éloignée de la jonction de l'émail se rétrécit graduellement de telle façon que, à l'extrême limite de l'invasion bactérienne, l'ouverture du canalicule est si étroite qu'elle ne contient qu'un simple microcoque. Si la carie dentaire dépend de la fermentation lactique de débris alimentaires hydrocarbonés, comment se fait-il que la direction de la marche de l'invasion bactérienne s'écarte de la source de l'alimentation, au lieu de s'en rapprocher? Je sais que l'action diastasique de la ptyaline a été invoquée pour expliquer ce phénomène et que le sucre en résultant est amené à l'avant-garde de l'invasion bactérienne par osmose. Cette explication est plausible, mais n'est pas tout à fait satisfaisante, car c'est une loi biologique générale que la localisation d'organismes vivants dépend tout d'abord de la proximité d'une source alimentaire : témoin les grandes migrations de la faune terrestre et la distribution des hommes sur le globe. Si l'on considère la carie sous ce jour et si l'on tient compte surtout que le plasma sanguin des individus prédisposés à la carie contient du sucre en quantité supérieure à la normale, il semble rationnel de conclure que ce plasma, ou son équivalent dans les liquides des

fibrilles dentinaires, peut fournir une quantité de matières hydrocarbonées suffisante pour nourrir les organismes producteurs de la carie.

Revenons à la citation de Miller :

« La cause de la fermentation dépend souvent plus de la substance que du micro-organisme... Les bactéries qui prolifèrent sur le blanc d'œuf en répandant une odeur désagréable et une forte réaction alcaline, présentent des phénomènes entièrement différents quand elles sont portées dans un hydrocarbonate, savoir : une réaction acide et une absence totale de mauvaise odeur. »

Cette observation relative à la modification que le *pabulum* introduit dans l'action de certaines bactéries, a été faite par des observateurs plus récents. On sait par exemple que certaines bactéries du colon et des groupes protéiques se développent sur un *pabulum* protéique ou hydrocarboné. Ainsi, si un *pabulum* de chlorure de sodium peptonisé est infecté par des organismes de ce genre, les enzymes produits manifesteront des propriétés protéolytiques par le développement d'indol dans le milieu de culture. D'autre part, si l'on ajoute au même *pabulum* 1 o/o de glucose, il ne se produira pas d'indol, la glucose exerçant une action protectrice qui empêche la décomposition du protéide à cause de la qualité de sélection d'hydrocarbonate pour lequel les bactéries en question ont une préférence marquée. Ajoutons que la majorité des bactéries, produisant de l'acide et qui jouent un rôle dans la carie, prolifèrent sur le sérum sanguin.

Le fait établi maintenant de la variation de la quantité de sucre contenue dans le sang suivant le trouble du corps pituitaire, semblerait indiquer nécessairement une modification correspondante de l'activité des organismes producteurs de la carie avec la destruction du contenu des canalicules dentinaires et explique pourquoi les mêmes bactéries peuvent être accusées de la destruction des matières protéiques et des matières hydrocarbonées qui constituent ensemble le contenu de ces canalicules.

Si les recherches expérimentales déterminaient la réalité

des choses que j'ai exposées, la théorie primitive de l'étiologie de la carie d'Underwood et Milles prendrait une signification nouvelle et importante, car on doit trouver, comme je l'ai cité d'après lui, que :

Le régime alimentaire, quant à ses rapports avec la susceptibilité à la carie, comporte plus qu'une proportion empiriquement déterminée d'hydrocarbonates aux protéides dans l'échelle calorimétrique ; il comprendra aussi le facteur de la tolérance des hydrocarbonates pour déterminer la quantité nutritive de ces principes alimentaires par rapport aux divers besoins individuels.

Mon intention, en écrivant cet article, est de présenter le problème de la carie de la façon qu'il puisse être étudié à un point de vue différent de celui qui a été envisagé depuis que cette maladie est sérieusement examinée. Je signale surtout l'importante relation que des travaux récents sur la physiologie et la pathologie des glandes salivaires ont en matière d'origine de la carie.

Les idées émises dans cet article sont la base de recherches que j'entreprends dans l'espoir de déterminer expérimentalement l'exactitude ou la fausseté de la doctrine qui y est exposée et d'éclairer notre connaissance de la carie dentaire.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 4 novembre 1913.

Présidences successives de M. AUDY, président sortant, et de M. JEAY, président, élu.

La séance est ouverte à 9 h. 20.

I. — CORRESPONDANCE.

Le secrétaire général fait part des excuses de M. Roussel.

M. Henri Villain propose qu'on écrive une lettre de condoléances à M. Roussel qui vient d'avoir la douleur de perdre un enfant de trois ans. — *Adopté.*

M. Audy, président sortant. — Avant de quitter la présidence de cette Société, que vous m'avez si généreusement octroyée l'année dernière, je tiens à vous aviser que j'ai représenté la Société d'Odontologie aux obsèques d'un de mes anciens maîtres, M. le Dr Lucas-Championnière.

M. Godon y représentait le Groupement de l'École dentaire de Paris.

M. le Dr Lucas-Championnière a été le premier médecin ayant souscrit à la fondation de l'Ecole dentaire de Paris, en 1879.

Lors de votre précédente séance vous avez bien voulu me nommer un successeur en la personne de M. Jeay, c'est avec plaisir au moment de quitter ce fauteuil que je vous adresse mes remerciements personnels pour avoir dans le cours de cette année tellement facilité ma tâche par votre assiduité à nos séances, votre courtoisie dans nos discussions et votre bienveillance à mon égard.

Je ne veux pas vous rappeler les multiples titres de M. Jeay à la présidence de notre Société : cela lui était dû par ses nombreux travaux. Je suis heureux de lui céder la place pour qu'il vous donne lecture de son discours de nouveau président.

M. Godon.— Permettez-moi d'ajouter, à propos de M. le Dr Lucas-Championnière, qu'il figure sur la liste des bienfaiteurs de l'Ecole comme le premier souscripteur médecin en 1879, et c'est à ce titre que M. Audy et moi nous représentions l'Ecole dentaire de Paris et la Société d'Odontologie à ses obsèques et avons adressé nos condoléances à sa famille au nom de tout le Groupement.

M. Audy cède le fauteuil présidentiel à M. Jeay.

M. Jeay, président. — Je vous remercie, messieurs. Je suis très heureux de l'honneur que vous avez bien voulu me faire en me nommant président de la Société d'Odontologie.

Je suis persuadé que c'est une très lourde tâche qui va m'incomber étant donné que mes prédécesseurs ont eu toutes les qualités professionnelles désirables et surtout des relations que malheureusement pour moi je n'ai pas.

Je sais qu'un des premiers devoirs du Président de la Société d'Odontologie est d'amener à nos séances le plus possible d'auteurs disposés à nous faire des communications intéressantes.

Dans toute la modestie de mes forces, je vous promets de faire tout ce qu'il me sera possible à cet égard.

Ce soir, pour ne pas abuser plus longuement d'instants précieux, je vous demanderai d'être très bref et de reporter à la prochaine séance l'allocution d'usage.

Je vous demande donc la permission de donner la parole à M. Choquet.

II. — L'asymétrie condylienne du maxillaire inférieur, par M. Choquet.

M. Choquet donne lecture d'une communication sur ce sujet (V. p. 5).

Discussion.

Le président. — Nous venons d'entendre tous avec le plus grand intérêt la communication que vient de nous faire M. Choquet qui, comme toujours, vient apporter à notre Société un travail vraiment scientifique. Ses recherches et les remarques qu'il vient de nous communiquer nous permettront de comprendre mieux le mécanisme de l'articulation temporo-maxillaire et ses anomalies.

Lorsque nous prenons nos articulations même avec des arcs faciaux, comme avec l'appareil de Gritmann, nous sommes surpris de constater que sur nos patients les rapports articulaires ne sont plus identiques à ceux que nous avons créés sur nos articulateurs artificiels.

Un jour ou l'autre nous arriverons par ces recherches à comprendre le mécanisme de ces différences.

Nous devons remercier d'autant plus M. Choquet qu'il nous permet de vérifier d'une façon véritablement scientifique, d'une manière exacte, une chose que nous soupçonnions depuis longtemps, mais qu'on n'avait jamais prouvée, qu'on n'avait jamais montrée d'une façon aussi précise qu'il l'a fait ce soir.

M. Choquet. — Je voudrais ajouter un mot que j'ai omis de vous dire tout à l'heure. Je suis arrivé par suite de toutes les men-

surations que j'ai faites à constater que le diamètre transversal des condyles varie en raison inverse de la taille de l'individu. Plus les individus sont grands, plus les condyles sont petits. Chez les Patagons on trouve les minima de diamètre transversal et les Patagons sont, vous le savez, d'une taille colossale.

On constate au contraire le maximum du diamètre dans les races de taille inférieure.

Le président. — Ce qui doit jouer un grand rôle, ce doit être la différence de hauteur des branches montantes.

M. Choquet. — Chez les Patagons les branches montantes sont excessivement développées en hauteur, tandis qu'au contraire dans les races inférieures, océaniennes, il y a augmentation notable du corps du maxillaire.

Le président. — Je veux dire que, s'il y a asymétrie des branches montantes, il y aura des irrégularités plus considérables encore.

M. Choquet. — Forcément.

M. Audy. — Je me permettrai de demander à M. Choquet si nous pouvons déduire de la forme des os secs ce que peuvent être les mouvements sur le vivant, étant donné que l'articulation se trouve recouverte de cartilages.

M. Choquet. — Cela dépend de la façon dont les pièces sont préparées.

M. Audy. — Je veux parler de l'articulation anormale du crâne que vous nous avez montré, posée dans un condyle qui avait un axe dirigé anormalement d'avant en arrière et de haut en bas.

Le malade en question devait avoir des mouvements qui lui permettaient de s'alimenter. Il avait sa dent de sagesse, par conséquent il devait avoir une vingtaine d'années. C'est un point d'interrogation que je pose, sans aucune idée de critique.

M. Choquet. — Ma communication n'implique pas que, parce qu'il y a une augmentation de la branche montante, l'occlusion ne soit pas possible.

Je présente des observations, à vous d'en tirer la quintessence.

C'est un petit grain de sable que j'apporte à la construction de cet édifice auquel nous concourons tous : la construction du dentier parfait.

M. Audy. — Le travail auquel vous vous êtes livré est ardu. Il faut avoir une patience de bénédictin pour le faire.

Avez-vous d'après ces documents la possibilité de nous donner une idée des mouvements de l'articulation ?

M. Choquet. — Basez-vous sur les phénomènes d'abrasion qui se produisent.

Les cas d'abrasion mécanique qui peuvent se réduire à deux formes spéciales sont les suivants :

Ou bien la face triturante des dents, principalement des molaires, a disparu comme si ces dents avaient été meulées à plat, et ceci se constate aussi bien au maxillaire supérieur qu'au maxillaire inférieur, ou bien, l'on se trouve en présence de surfaces obliques.

Cette surface oblique aux deux maxillaires, mais en ordre inverse, sera occasionnée au maxillaire supérieur par la disparition des cuspides palatins et le maintien des cuspides vestibulaires, tandis qu'au maxillaire opposé, ce sont les cuspides linguaux qui persisteront, tandis que les cuspides vestibulaires auront disparu, donnant ainsi naissance à des dents semblant taillées en bec de flûte.

Quelles relations existent entre ces deux sortes d'abrasion et l'articulation condylienne ?

Il est bien facile de les expliquer et de les comprendre.

Dans le premier cas, nous nous trouverons toujours en présence de condyles mal emboîtés dans la cavité glénoïde, et ceux-ci, si l'on vient à partager leur diamètre transversal par une ligne droite, seront pour ainsi dire réunis l'un à l'autre sans qu'il y ait formation d'un angle quelconque. Le mouvement de diduction se produit presque toujours et entraîne l'abrasion des cuspides en forme de plateau signalée plus haut. C'est la caractéristique des ruminants.

Dans le second cas, les condyles seront emboîtés d'une façon beaucoup plus intime dans la cavité glénoïde et présenteront une obliquité plus ou moins accentuée. Par suite le mouvement de latéralité ne pourra pas se produire, mais il existera le mouvement d'abaissement et d'élévation de la mâchoire en même temps qu'un mouvement de projection en avant, tel que celui constaté chez les grands anthropoïdes (gorille, chimpanzé), ayant comme résultat la transformation des cuspides en bec de flûte, ainsi que je l'ai signalé tout à l'heure.

M. Jeay, président. — Ceci prouve une fois de plus tout l'intérêt qu'il y a à se livrer à des mensurations aussi patientes que les vôtres, pour nous permettre de vérifier la cause de ces formes d'abrasion. Comme je le disais tout à l'heure, cela nous permettra peut-être de découvrir un jour ou l'autre la raison des différences que nous rencontrons lorsque nous mettons nos dentiers dans la bouche de nos patients, malgré l'emploi des articulateurs physiologiques les plus perfectionnés.

M. Roy. — Les différences de diamètre des condyles, ainsi que vient de le signaler M. Choquet, sont quelquefois assez considérables; je tiens à ajouter qu'il n'y a pas que sur les condyles que ces différences peuvent se remarquer : on constate des différences assez marquées sur les dents également.

Les dents droites et gauches ne sont pas toujours de la même dimension ; les différences sont en général, assez faibles, mais elles sont quelquefois assez marquées.

Aujourd'hui pour l'établissement des graphiques de redressements, on a besoin de mesurer souvent le diamètre des dents et cela amène à faire des constatations assez intéressantes qui autrement n'auraient pas frappé l'œil.

Je tiens à vous citer un cas. J'avais un redressement à faire chez une petite fille. Je prends le diamètre de ses quatre incisives. Or, une chose qui ne m'avait pas frappé à cause du mouvement de rotation qu'avaient ses dents me fut révélée par cette mensuration, qui me permit de constater qu'il y avait une différence de près de 2 millimètres entre l'incisive droite et l'incisive gauche, et cela aussi bien pour la centrale que la latérale.

M. Choquet. — C'est une rareté. Il ne manquait pas de dents de ce côté-là ?

M. Roy. — Non et il n'y avait pas de dents surnuméraires.

M. Choquet. — J'ai constaté sur deux ou trois cas des différences insignifiantes, mais au niveau des incisives jamais.

M. d'Argent. — Je suis très heureux d'avoir entendu la communication de M. Choquet, car elle nous explique bien des faits imprécis de notre pratique.

Nous avons constaté assez souvent que des malades ne fermaient pas la bouche d'une façon normale.

Je demanderai à M. Choquet, dont l'expérience est très grande, de nous dire s'il y a des déformations et des malpositions des condyles qui sont d'origine acquise ou s'il croit que tous les cas qu'il nous présente sont congénitaux.

M. Choquet. — Ce sont des cas congénitaux.

M. d'Argent. — Il n'en est pas moins vrai que les rapports des condyles avec le temporal peuvent se trouver l'objet de déviations provoquées par l'absence des dents et l'habitude que contractent les malades de chercher à mastiquer sur les dents qui leur restent.

M. Choquet. — Ce sont alors des cas pathologiques.

M. d'Argent. — J'ai vu les rapports entre les deux maxillaires dévier de plus d'un demi-centimètre et quelquefois d'un centimètre. Ce rapprochement entre les faits acquis et les faits normaux est extrêmement intéressant et votre communication jette un jour, pour moi, sur bien des faits que je ne m'étais pas expliqués.

M. Choquet. — Voici un maxillaire de préhistorique. J'attire votre attention sur la disposition des condyles, qui sont situés presque sur le même plan et en même temps présentent cette forme de cupule à laquelle je ne comprends rien.

M. d'Argent. — Cette abrasion n'est-elle pas le résultat d'un séjour dans certains terrains ?

M. Choquet. — Cette pièce a été trouvée dans une grotte.

M. d'Argent. — J'ai vu des abrasions en cupule assez nombreuses et surtout généralisées.

M. Georges Villain. — Je suis très heureux du résultat des recherches que nous communique M. Choquet.

J'ai passé mes vacances à chercher sur le vivant, par des mensurations, les causes des différents mouvements que produit le maxillaire. Je faisais un travail sur le mécanisme dentaire humain, travail que j'espère vous soumettre bientôt.

Il m'a été très difficile, faute d'un nombre de pièces suffisant, d'avoir des données très précises.

Tous les auteurs se sont attachés à étudier le mécanisme dentaire humain en vue de la confection d'un articulateur physiologique. Il en est résulté que chacun, suivant l'instrument qu'il voulait construire ou concevait, a donné aux mouvements des axes de rotation différents, de sorte que lorsqu'on lit les différents travaux qui ont été publiés sur les mouvements de la mandibule on ne sait plus où l'on en est.

Ces auteurs ont recherché les mouvements de rotation que faisaient les articulateurs qu'ils construisaient, mais qui sont tous plus faux les uns que les autres.

J'ai fait mes recherches sur un autre principe, puisque je ne pouvais pas me baser sur des pièces sèches, car il y a évidemment une différence entre les pièces sèches et le vivant.

Le ménisque peut avoir une forme très différente sur le vivant, nous ne pouvons donc pas nous baser sur les pièces sèches.

J'ai cherché sur le malade en prenant des mensurations, en me servant de compas que j'avais construits pour cela. Je suis arrivé à une moyenne et peut-être à donner une explication du mouvement du mécanisme dentaire humain.

Dans l'état actuel de nos connaissances un articulateur comme celui de Gysi permet de s'approcher autant que possible du mouvement normal ; le mouvement anormal peut dans quelques cas être enregistré et on peut obtenir un meilleur résultat que si nous mettons le dentier.

Les résultats obtenus avec les articulateurs physiologiques ne sont pas parfaits, nous sommes obligés de faire quelques corrections dans la bouche, à l'essayage d'abord et lorsque l'appareil est terminé.

Nous avons affaire à un appareil qui, quoique nous rendant de grands services, bien supérieurs aux autres, est encore insuffisant. Je dis que nous avons le devoir d'employer les articulateurs

parce que nous n'avons pas mieux et parce que ce sont les appareils qui répondent le mieux à nos besoins dans l'état actuel de nos connaissances; mais en fait d'articulateurs réellement physiologiques et applicables à chacun, il n'en est pas, en dehors du maxillaire du malade.

Nous avons le devoir d'orienter nos recherches dans cette voie.

Je crois qu'il serait bon, pour l'école française, de chercher, en dehors des appareils mécaniques, la façon de prendre l'articulation.

Nous reviendrons plus tard sur cette question.

En tous les cas les mensurations que nous présente M. Choquet nous permettent de concevoir des mouvements variables, tout en étant de même direction, ou, si vous voulez, le même mouvement de la mandibule prend des amplitudes différentes suivant la forme du condyle, son obliquité et sa direction.

Grâce à ces travaux, nous pouvons dire maintenant qu'il est de notre devoir de rechercher l'articulation du malade autrement qu'avec des appareils mécaniques. Il y a là une indication qui nous fait dire que nous n'arriverons pas à quelque chose de précis avec les articulateurs mécaniques; cherchons donc ailleurs. L'école française devrait s'en occuper.

M. Choquet. — Cherchez sur le squelette et vous trouverez.

M. Georges Villain. — M. Choquet nous a dit : ces cas sont des cas congénitaux. Je ne crois pas que ce soient des cas congénitaux. Il peut se produire des modifications considérables sur l'angle de la mandibule, sur la direction et la forme du condyle.

M. Choquet. — C'est matériellement impossible.

M. Georges Villain. — Il se produit des modifications très importantes, soit par suite d'évolution des dents, alors que le tissu osseux est encore suffisamment malléable et qu'il est sollicité par des muscles puissants. Il peut y avoir des modifications dues aux forces que les muscles exercent sur cette mandibule alors que l'engrènement des dents devient anormal et cela peut amener une modification de direction et de forme du condyle comme nous en remarquons sur l'articultion temporo-maxillaire.

M. Choquet. — Ce n'est pas mon avis.

M. Godon. — Je voudrais ajouter un mot pour souligner ce que vient de dire M. Georges Villain sur l'intérêt que présente la communication de M. Choquet. Les différentes présentations qu'il nous a faites montrent une fois de plus combien est variable la disposition du condyle de la mâchoire inférieure, suivant les races, les individus, etc. Dans la même race, chez le même individu, il vous a dit combien le condyle varie d'obliquité, combien son parcours varie dans la cavité glénoïde.

M. Villain nous montrait les conséquences au point de vue de nos applications qui peuvent résulter de cette communication scientifique.

Il vous a rappelé les nombreux essais qui ont été faits pour construire un articulateur reproduisant tous les mouvements en se basant sur l'articulation temporo-maxillaire. On a voulu imiter celle-ci, mais on n'a pas pu y arriver à cause de cette variabilité de forme du condyle.

Nous avons vu au Congrès de Gand un de nos confrères, M. Nasi, qui avait examiné ce problème d'une manière différente.

Il n'a pas cherché comme tous les constructeurs d'articulateurs physiologiques à reproduire l'articulation temporo-maxillaire, à enregistrer et à reproduire le parcours de chaque condyle dans la cavité glénoïde : il a cherché à enregistrer les mouvements de la mâchoire inférieure et à les reproduire, à faire un appareil à enregistrer et à reproduire ces mouvements. Nous espérons qu'un de ces jours — il nous l'a promis — il viendra nous en faire la démonstration ici.

L'idée est extrêmement intéressante et si j'ai insisté à son sujet, c'est pour vous montrer le rapport qu'il y a entre la communication très scientifique et extrêmement intéressante de M. Choquet et les applications pratiques que nous pouvons en déduire.

M. Choquet. — Je répondrai à MM. Georges Villain et Godon.

M. Georges Villain disait qu'on ne pouvait pas se baser sur l'examen des pièces sèches des squelettes pour obtenir des conclusions satisfaisantes.

Tout cela dépend de la façon dont les crânes ont été préparés. Si les crânes ont macéré dans des solutions plus ou moins dissolvantes, je crois que cela ne vaut rien.

Si ce sont des crânes qui, comme ceux du Muséum, ont été nettoyés par macération, vous avez une articulation temporo-maxillaire absolument parfaite.

Le président. — Il me semble que nous pouvons terminer la discussion sur cette très intéressante question et que nous devons remercier M. Choquet, qui nous a permis de vérifier une fois de plus ce soir combien il sait nous apporter des communications scientifiques et ayant toujours un rapport immédiat avec les questions qui se posent à nous quotidiennement dans l'exercice de notre profession.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance de novembre 1913.

M. M. Baudoin fait une conférence très intéressante sur la trépanation chirurgicale préhistorique. Des projections nombreuses et des présentations de pièces remarquables ont rendu encore plus attrayante cette communication. La question avait été déjà étudiée depuis de nombreuses années, en particulier par MM. Lucas-Championnière et Broca, mais la véritable signification de ces trépanations était restée à trouver. M. Baudoin a le grand mérite, à la suite de fouilles faites personnellement, d'avoir définitivement établi la valeur et la raison de ces trépanations. Ces opérations ont toutes été faites dans un sens rituel, soit pour pratiquer véritablement une ouverture dans l'os, soit pour se procurer de la poudre d'os, des annulettes. Ces opérations étaient faites sur le cadavre et sur le vivant, par frottage ou perforation.

M. Kern donne lecture de son rapport sur l'inauguration de l'Ecole dentaire de Montréal. Il présente une nombreuse et intéressante collection de photographies qui permettent de se représenter l'installation des divers locaux de l'école. Cette cérémonie d'inauguration a revêtu un éclat particulier et la France y fut chaleureusement fêtée.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance d'octobre 1913.

I. — L'Homœopathie en art dentaire.

M. Vannier fait une conférence très intéressante et très écoutée sur l'homœopathie moderne dans ses rapports avec la stomatologie. L'homœopathie est une thérapeutique fondée sur un ensemble d'idées générales vieilles comme le monde et dont on retrouve facilement la trace dans la tradition. Hippocrate appuit sa doctrine thérapeutique sur deux lois : la loi des contraires et la loi de similitude. Paracelse vulgarise cette idée que le médicament n'agit point par la quantité même de sa nature mais par les forces invincibles qu'il excite et qu'il met en mouvement, d'où l'utilisation des doses infinitésimales. La loi de similitude nous donne la loi d'indication du remède dont le choix dépend beaucoup plus de l'observation du malade que du diagnostic de la maladie. Il n'y a pas que des maladies, il y a surtout des malades. L'homœopathie s'adresse particulièrement au tempérament.

M. Vannier rappelle que des affections dentaires multiples peuvent être traitées avec succès par la méthode homœopathique : l'hypersensibilité de la dentine, la pyorrhée, la carie dentaire, l'arthrite ; enfin il décrit une méthode capable d'assurer la réparation cellulaire, la recalcification. Pour l'auteur l'application de l'homœopathie à l'art dentaire peut rendre de très grands services.

II. — Ostéite du maxillaire et blessures du maxillaire par armes a feu.

M. Blot présente deux soldats ayant fait la campagne du Maroc qui sont atteints de lésions intéressantes : Ostéite du maxillaire inférieur consécutive à une fièvre paratyphique. Blessure du maxillaire par armes à feu.

Le premier soldat a subi la vaccination antityphique par la méthode de Vincent au mois de mai 1913. Dans le courant du mois de juin de la même année il fut atteint d'une fièvre paratyphique. Pendant la convalescence apparurent les lésions buccales, lésions d'ostéite. Presque toutes les dents inférieures se mobilisèrent et cinq dents mêmes furent expulsées ; les 4 incisives inférieures et une canine. Il est à remarquer que selon la règle dans ce genre de lésions typhiques ou paratyphiques, l'ostéite s'est localisée au groupe incisif.

Le deuxième malade est un spahi blessé au feu d'une balle à la mâchoire qui a déterminé un éclatement du maxillaire inférieur

droit. La blessure s'est accompagnée d'une perte de substance allant de la région de la canine au milieu du menton et d'une bride de cicatrisation qui attire la partie saine. Dans ce cas deux prothèses sont à appliquer : l'une orthopédique qui par le système des appareils lourds progressifs, aura pour but de s'attaquer à la bride cicatricielle ; l'autre de prothèse pure qui aura pour but de remédier à la perte de substance.

M. Bozo présente un guide pour l'examen et la dénomination des anomalies facio-maxillo-dentaires justiciables du traitement orthopédique.

Séance de novemhre 1913.

M. Gaumerais présente les modèles de la bouche d'un enfant d'une dizaine d'années chez lequel les enfants de dix ans à la suite d'atrophie, se présentent à l'état de moignons informes. M. Gaumerais consulte la société et lui demande quelle est à son avis l'intervention possible. Pour la plupart des confrères présents la non-intervention paraît s'imposer.

M. Capdepont expose une analyse très documentée et très serrée du livre de MM. Galippe, Fildermann et Conslaing intitulée : « *Les Erosions dentaires et dégénérescences* ». Ces auteurs attribuent à la dégénérescence toutes les érosions dentaires et dans ce travail M. Capdepont qui a traité il y a quelques années cette question, est souvent malmené. M. Capdepont en retournant contre eux leurs propres arguments remet les choses au point. Cette analyse écrite avec verve et énergie ne manque pas d'intérêt.

P. Vanel.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

Session de La Haye, 1913.

(Suite.)

CONSEIL EXÉCUTIF

Séance du 27 août, matin.

Présidence de M. Paterson, président.

A la suite de la séance d'ouverture, le Conseil exécutif s'est réuni.

Le président annonce qu'il a reçu avec regret la démission de M. G. Campion comme un des représentants de la British Dental Association et que M. F. Brooks a été désigné pour le remplacer.

Nouveaux membres.

Sont admis comme membres : MM. E. J. Counter, d'Adélaïde, (Australie du Sud), président du 4e Congrès dentaire australien, tenu à Adélaïde en 1913 ; E. T. Whits, de Brisbane (Queensland), président du 3e Congrès dentaire australien, tenu à Brisbane en 1912 ; J. Webster, chef de la clinique dentaire municipale de Stockholm et rédacteur en chef de l'*Odontologisk Tidskrift* ; Ferdinand Baden, d'Altona ; W. B. Wilt, de Darmstadt.

Des demandes d'affiliation à la F. D. I. de la Société dentaire suédoise et de la Société dentaire de Finlande, adressées, la première, par M. Dahlen, président, et F. Nordstrom, secrétaire ; la seconde, par M. Gunnar Siven, secrétaire, sont accueillies.

Rapport du Trésorier.

M. Rosenthal, trésorier, présente son rapport financier pour l'année, qui est renvoyé à l'examen de MM. Aguilar et Walter Harrison.

Rapport du Secrétaire général.

M. Schäffer-Stückert, secrétaire général, dit que son rapport sera court, parce qu'une grande partie de la tâche du secrétaire général a été faite par M. Paterson.

La Commission de bibliographie a pris des mesures pour former une collection d'annuaires dentaires et se procurer des renseigne-

ments sur le nombre des membres et la constitution de toutes les sociétés dentaires.

Il a lancé lui-même une liste de questions en conformité de la résolution du Prof. Walkhoff à Stockholm, pour connaître le nombre des dentistes diplômés et non diplômés de tous les pays ; mais il n'a pas encore reçu toutes les réponses. Il espère publier ces renseignements dans le compte rendu.

Suivant la résolution de la Commission d'hygiène, le livre du Prof. Walkhoff sur l'hygiène dentaire a été recommandé à tous les Comités nationaux.

Quant à la reconnaissance officielle de la F. D. I. par les gouvernements, le Gouvernement allemand envoya des renseignements touchant le Congrès de 1909 à tous les pays, mais oublia de demander des délégués. Il en résulta que, seuls, certains pays y furent officiellement représentés. Il est heureux d'apprendre que des démarches ont été faites en vue d'obtenir la reconnaissance officielle pour le Congrès de Londres. Le Congrès international des sciences médicales se tiendra à Munich en 1916 et il espère que le Comité national allemand réussira à faire améliorer les conditions d'admission en ce qui concerne les dentistes. Il pense que le Prof. Waldeyer appuiera la demande.

Congrès dentaire du Panama-Pacifique, 1915.

Le président lit une communication qu'il a reçue des organisateurs du Congrès dentaire du Panama-Pacifique. Comme il leur a fait remarquer que ce n'était pas un Congrès dentaire *international*, le mot *international* a été supprimé depuis.

M. Brophy dit qu'on pense que l'Association dentaire nationale des Etats-Unis se réunira à San-Francisco en 1915 et les Américains espèrent que la F. D. I. s'y réunira à la même époque. Il serait très satisfaisant pour les organisateurs de ce Congrès que la F. D. I., qui ne peut pas le considérer officiellement comme un Congrès *international*, le considère comme un grand et important mouvement de nature à faire progresser la profession.

M. Riethmüller dit qu'il y a déjà beaucoup d'enthousiasme en Amérique pour ce Congrès et les organisateurs sont très désireux qu'il présente un grand caractère de perfection à tous égards. L'affluence y sera nombreuse et il sera certainement accordé des réductions sur le prix du voyage. On y espère aussi que la F. D. I. se réunira à San-Francisco, où elle recevra un accueil très cordial.

M. Aguilar estime qu'il n'est pas possible de reconnaître ce Congrès comme *international*, parce qu'il ne satisfait pas aux conditions de l'article 16. Il a assisté à Washington à la réunion de l'Association dentaire nationale des Etats-Unis et il y a été

admis en fait que la F. D. I. se réunirait en Amérique en 1915. Après tout les Américains ont parfaitement le droit de demander cela, et la F. D. I. ne peut pas s'attendre à ce que la profession dentaire en Amérique, qui compte 40.000 membres — peut-être la moitié des dentistes du globe — soit satisfaite si la F. D. I. ne s'y réunit pas. Cette remarque pourra être faite à Londres l'an prochain.

M. Schäffer-Stückert est heureux d'apprendre de M. Brophy qu'il n'est pas dans l'intention des confrères américains de répandre l'idée que la réunion du Panama-Pacifique serait le 7e Congrès dentaire international. Il n'est pas nécessaire d'avoir un Comité national dans chaque pays pour la réunion de San-Francisco, car cela pourrait créer une confusion avec le Congrès de Londres ; mais les membres de la F. D. I. peuvent y assister individuellement.

M. Godon estime que la situation n'est pas claire et le Conseil exécutif doit prendre une position nette dans la matière, afin de régler les rapports de la F. D. I. avec la réunion de San-Francisco.

Le président répond que cela pourra être fait au Congrès de Londres. Il s'est efforcé de rendre la situation bien claire à M. Flood, secrétaire du Congrès de Panama et l'a prié d'éviter l'emploi du terme *international*.

M. Brophy est d'avis qu'en faisant une communication par l'intermédiaire de la F. D. I. il doit être bien spécifié que le Congrès de San-Francisco n'est pas le 7e Congrès dentaire international. Il pense cependant que la F. D. I. peut accepter l'invitation de se réunir dans cette ville.

M. Guy se demande dans quelle mesure le Conseil exécutif dont les pouvoirs expirent l'an prochain a le droit de décider d'accepter définitivement une invitation qui ne lui a pas encore été adressée pour la F. D. I. S'il pense que l'Association américaine a le droit de s'attendre à ce que la F. D. I. se réunisse si possible en même temps que le Congrès du Panama-Pacifique — et il est du devoir de la F. D. I. de profiter de l'occasion et de répondre à cette attente — il ne croit pas qu'il soit au pouvoir de la F. D. I., dans la présente session, d'accepter officiellement aucune invitation. Tout ce que la F. D. I. peut faire dans la présente réunion, c'est de prier M. Schäffer-Stückert d'écrire au secrétaire du Congrès de Panama pour féliciter les organisateurs de leur entreprise et de leur souhaiter bon succès. On pourrait peut-être aussi exprimer l'espoir qu'à la prochaine session de la F. D. I., qui se tiendra pendant le Congrès dentaire international de Londres, il sera possible à la F. D. I. de se réunir à San-Francisco en 1915. On irait ainsi au devant des désirs des Américains et, tout en chargeant la F. D. I d'accepter une invitation officielle d'où qu'elle vienne cela ne se-

rait pas une violation du règlement. Il formule donc une proposition dans ce sens.

M. Godon appuie la proposition, qui est adoptée.

Le président fait remarquer que M. Riethmuller a fait allusion à la possibilité d'une réduction des dépenses de voyage. Si des renseignements précis étaient fournis sur ce point, cela pourrait grandement influer sur la F. D. I. et la décider à se rendre en corps en Amérique.

M. Riethmuller croit que les tarifs seront réduits considérablement et que l'Association dentaire nationale s'efforcera d'obtenir des conditions aussi avantageuses que possible.

La séance est levée.

Séance du 27 août après-midi.

Présidence de M. PATERSON, président.

ORDRE DU JOUR.

Examen des dispositions à prendre pour le Congrès dentaire international de Londres (3-8 août 1914) après rapport des délégués de la F. D. I. dans le Comité d'organisation de ce Congrès.

Le président invite M. Guy à faire un rapport sur le Comité d'organisation.

M. Guy expose que le Comité a déjà fait beaucoup en arrêtant le règlement du Congrès et en prenant les dispositions préliminaires. Le Congrès comprend 10 sections, chacune avec un président, un vice-président et des secrétaires (formant le Conseil de la section). Chaque section a été invitée à choisir des sujets de rapport et trois séances du matin seront consacrées à l'examen de ces rapports. En demandant un rapport à un dentiste, la section devra choisir, si possible, l'homme le plus marquant, ou, du moins, un homme ayant une grande connaissance du sujet qu'il doit traiter. De plus, les hommes connus comme faisant autorité sur certaines matières seront invités à prendre part à la discussion ou aux débats.

Un rapport doit avoir égard aux connaissances les plus récentes sur un sujet déterminé et les orateurs qui suivent le rapporteur devront faire preuve de connaissances basées sur leurs propres recherches et leur propre expérience. Le Comité ne désire pas qu'une opinion spéculative soit soutenue dans un rapport ou qu'on choisisse un sujet susceptible de provoquer une ardente controverse. Les questions de nature à soulever des controverses ou à provoquer des recherches doivent être traitées dans les communications.

Le Comité espère avoir dans chaque section un résumé précis de l'état des connaissances sur les diverses questions en 1914, qui sera publié dans le compte rendu du Congrès. Il dit aux membres de la F. D. I. : « Nous avons choisi certains sujets et nous sommes désireux de nous assurer les services d'hommes éminents comme rapporteurs, quelle que soit leur nationalité ; nous ne désirons pas que la Grande-Bretagne ait le monopole des rapports, quoique sur certains sujets il puisse arriver que le premier rapporteur soit anglais. On a estimé bon que, quand le président de la section est une autorité reconnue sur une matière, il fasse lui-même le rapport ; mais dans la plupart des cas on désire lui adjoindre un rapporteur d'une autre nationalité. Le Comité désire agir à cet égard de manière à s'assurer les rapports les meilleurs et les plus autorisés qui se puissent trouver en odontologie. Il a décidé également que chaque pays représenté à la F. D. I. serait invité à désigner des présidents d'honneur de sections et il a besoin de l'aide de la F. D. I. pour cela, de même que pour choisir des rapporteurs; nous ne venons ici que pour avoir votre avis, dont nous vous serons reconnaissants. Les sections, agissant avec le Comité, feront les nominations.

Le président fait connaître que le seul pays ayant jusqu'à présent satisfait à la demande du Comité d'organisation est l'Amérique, qui a notifié, par M. Burton Lee Thorpe, la désignation d'un président d'honneur par section, soit dix en tout, et qui a chargé M. Edward C. Kirk de prononcer un discours, au nom de l'Amérique, dans la séance plénière du Congrès et M. J. Burkhardt de prendre la parole au nom des Américains dans la séance d'ouverture. Le Comité s'attend à avoir prochainement les réponses de la France, de l'Allemagne et d'autres pays.

M. Brophy annonce qu'il est président du sous-comité américain qui va faire des propositions pour les sections, mais il hésite, tant que ce sous-comité ne se sera pas réuni, à prononcer aucun nom pour les rapporteurs ou ceux qui doivent aborder des sujets à discuter.

M. Mummery fait remarquer que ces noms seraient seulement proposés et il ne pense pas que M. Brophy doive encourir une grande responsabilité en citant des noms.

M. Brooks, secrétaire général du Congrès, soumettra au Conseil tous les sujets proposés pour des rapports en trois langues si le Conseil veut bien attendre jusqu'au surlendemain après-midi.

Le Conseil exécutif décide d'attendre jusque-là et se sépare.

(A suivre.)

CONGRES DU PANAMA-PACIFIQUE (1915).

La Fédération dentaire nationale a adressé aux Sociétés adhérentes la circulaire suivante :

Fédération dentaire nationale.

Paris, le 10 décembre 1913.

Monsieur le président et cher confrère,

Un Congrès dentaire s'ouvrira à San-Francisco (Californie, Etats-Unis d'Amérique) le dernier lundi d'août 1915 et aura une durée de dix jours. Il coïncidera avec l'exposition de Panama destinée à célébrer l'ouverture du canal de Panama et portera le nom de Congrès du Panama-Pacifique ; il coïncidera également avec la réunion annuelle de l'Association dentaire nationale américaine, qui se tiendra aussi à San-Francisco.

Ce Congrès attirera des chirurgiens-dentistes de toutes les parties du monde et il importe que la France y soit représentée.

Ainsi que vous le savez, le bureau de la Fédération dentaire nationale s'est constitué le 20 mai dernier en Comité de patronage et de propagande de ce Congrès ; c'est pour cette raison que nous vous prions d'adresser un appel aux membres de la Société que vous présidez, afin que quelques-uns veuillent bien se préparer à aller porter par delà les mers le bon renom de l'art dentaire français. Des réductions de prix sont promises sur le voyage.

Il importe que la profession dentaire française, digne continuatrice de ses ancêtres du XVIIIe siècle, occupe une place honorable dans cette réunion, afin de bien montrer que, comme l'a dit le président du Congrès de Paris en 1900, si, en odontologie, il y eut à une époque des supériorités nationales, il n'y a plus aujourd'hui que des supériorités individuelles.

Un comité exécutif français, composé de cinq membres : MM. Godon président, Blatter, Pont (Lyon), Roy, G. Villain, a été nommé par le Comité d'organisation américain, qui a adressé à chacun de ces cinq confrères un titre de nomination.

Le Comité exécutif français est, d'après les instructions qu'il a reçues d'Amérique, chargé de recevoir les demandes d'admission et de statuer sur celles-ci ; il est chargé également de prononcer sur l'admission des communications qui lui seront adressées.

Les communications qui ne seront pas en anglais devront

être accompagnées d'une traduction en anglais ; elles devront être écrites à la machine.

Les auteurs pourront indiquer les personnes par lesquelles ils désirent voir discuter leurs communications et celles-ci devront être accompagnées d'une traduction en anglais de la discussion proposée.

Les communications et discussions devront être parvenues au Comité américain avant le 1er mars 1915.

Nous aurons soin de porter à votre connaissance tous autres renseignements qui nous parviendront touchant ce Congrès afin que vous vouliez bien en informer les membres de votre Société.

Veuillez agréer, etc.

Le président, A. BLATTER.

Le secrétaire général, HENRI VILLAIN.

COMITÉ EXÉCUTIF FRANÇAIS

Le Comité exécutif français du Congrès du Panama-Pacifique s'associe à l'appel ci-dessus adressé par la F. D. N., remercie la Fédération de son appui et insiste vivement auprès des confrères français pour qu'ils participent soit par leur présence, soit par leurs travaux, à ce congrès, où la science odontologique française se doit d'être représentée dignement.

Le Comité se tient à la disposition de tous les confrères qui désireraient avoir des renseignements au sujet de cette importante réunion.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SURSIS D'INCORPORATION

Le Directeur de l'Ecole dentaire de Paris a reçu la circulaire suivante :

Paris, le 21 novembre 1913.

Le président du Conseil, ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, à MM. les Recteurs d'Académie.

Mon Administration a été consultée sur le point de savoir si les sursis d'incorporation pour raisons d'études supérieures, prévus par les articles 21 de la loi du 31 mars 1905 et 15 de la loi du 7 août 1913, ne peuvent être sollicités que par les jeunes gens pourvus du baccalauréat ou si, au contraire, ces sursis, peuvent être accordés à ceux qui, sans être munis de ce diplôme postulent néanmoins des grades ou des titres d'enseignement supérieur.

Ma circulaire du 12 août dernier, relative au même objet, s'était plus particulièrement préoccupée des jeunes gens qui se font inscrire dans les Facultés et Ecoles en vue de diplôme pour la recherche desquels la justification du baccalauréat est exigée ; mais les articles des lois susvisées ne faisant aucune distinction, il n'est pas douteux que les sursis qu'ils accordent peuvent être concédés à des jeunes gens qui n'ont pas à justifier du baccalauréat, comme les aspirants au certificat de capacité en droit et les aspirants à certains titres universitaires d'ordre purement scientifique qui ne confèrent aucune des prérogatives attachées aux grades et titres d'Etat.

D'autre part, M. le ministre de la Guerre, à qui j'avais demandé s'il estimait que les étudiants en médecine et en pharmacie qui ont déjà obtenu le sursis prévu par l'article 4 de la loi du 21 mars 1905 fussent en droit de solliciter, en plus, le sursis de l'article 15 de la loi du 7 août 1913, m'a fait connaître que ces jeunes gens pouvaient obtenir l'un ou l'autre, ou successivement l'un et l'autre des deux sursis précités.

La réglementation des conditions d'obtention du sursis prévu par la loi de 1913 n'est pas encore arrêtée, mais mon collègue m'a donné l'assurance que les généraux commandant les corps d'armée, qui accorderont ces sursis, recevront des instructions en vue de se montrer très larges, puisque, en tout état de cause, les intéressés accompliront les trois ans de service.

Signé : LOUIS BARTHOU.

Pour copie conforme :

Le Directeur de l'Enseignement supérieur, conseiller d'Etat.

Signé : BAYET.

VARIA

*Nous avons annoncé que la croix de chevalier de la Légion d'honneur a été conférée à notre confrère M. le Dr Paulin qui à sa profession de chirurgien-dentiste joint un remarquable talent de statuaire. Notre collaborateur M. George Viau consacre, dans le numéro d'*Æsculape *d'octobre* 1913, *une intéressante étude aux œuvres de cet artiste, dont quelques-unes sont reproduites par de fort belles photographures. Nous croyons intéressant de reproduire cette étude, dans laquelle M. George Viau fait montre de véritables qualités de critique d'art.*

LE DOCTEUR PAUL PAULIN

STATUAIRE

Par GEORGE VIAU,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Ce n'est pas, bien entendu, comme critique d'art que je veux entretenir nos lecteurs du sculpteur-portraitiste qu'est le Dr Paul Paulin, mais bien comme confrère, je peux même dire comme ami, ayant suivi les progrès de son talent depuis l'année 1888. C'est en effet à cette époque que l'excellent peintre Albert Lebourg nous présenta l'un à l'autre.

Egalement épris d'art et admirateur de cette pléiade des grands *impressionnistes*, si contestés alors et combien triomphants aujourd'hui, nous trouvâmes dans cette similitude de sensations artistiques les éléments d'une sympathie qui ne tarda pas à se transformer en solide amitié. J'ai donc pu assister à l'évolution de ce véritable et original artiste, auquel il fallut, pour vaincre les obstacles qui s'opposaient à la mise en lumière de ses dons naturels, toute la ténacité des originaires de sa petite patrie, l'Auvergne. Le Dr Paulin ne se contente pas d'être un sculpteur de talent, il est aussi un praticien odontologiste des plus distingués. Je pense même que la pratique manuelle de sa profession ne lui fut pas inutile pour rendre et exprimer le modèle et la forme des conceptions de son cerveau.

Lorsque je le connus, une importante clientèle ne lui laissait que peu de loisirs pour se livrer à ses aspirations artistiques ; malgré la fatigue physique et la tension d'esprit que nécessite l'exercice de cette délicate profession, l'art l'attirait irrésistiblement. Paulin ne pouvait donc se livrer aussi entièrement qu'il l'eût voulu à la sculpture, son art favori ; il chercha un dérivatif dans la peinture, à laquelle il pouvait plus facilement consacrer quelques heures le dimanche, et ses vacances annuelles.

Les études de paysage qu'il fit soit sur les bords de la Seine, soit en Auvergne ou sur les côtes de Bretagne, indiquaient déjà une vision très personnelle. Il fut, du reste, parmi les premiers et si rares admirateurs du grand Edouard Manet. Plus tard, devenu le familier des Degas, Renoir, Claude Monet, Sisley, Pissarro, Guillaumin, Lebourg, etc., il se trouva dans un milieu qui ne pouvait que favoriser son évolution artistique. Mais là n'était pas sa voie : aussi lorsqu'une association heureuse lui permit de déserter un peu son cabinet professionnel, son démon familier lui remit-il l'ébauchoir à la main et Paulin put enfin donner sa mesure dans l'art de son choix.

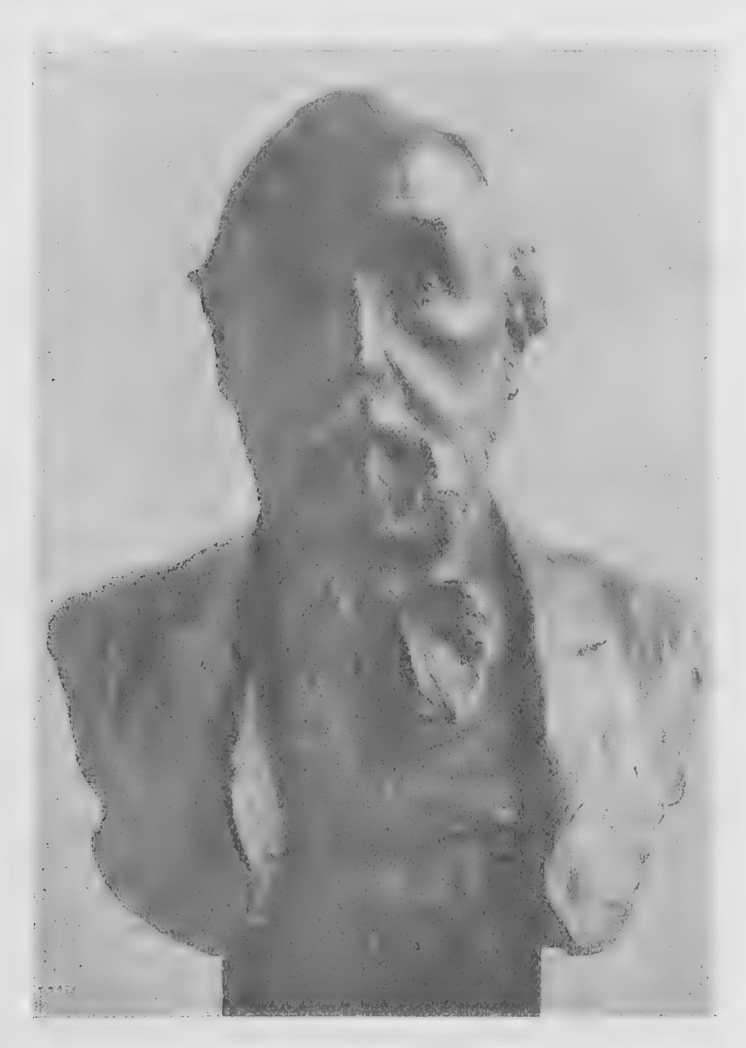
***

Bien avant l'époque où je le connus, il avait déjà, à 29 ans, exposé au Salon plusieurs bustes qui furent très remarqués, notamment par Degas, dont il reçut alors les premiers conseils. Paulin n'eut pas de maîtres, et cela n'est pas la moindre des particularités qu'offre notre artiste ; aucun enseignement officiel ne contraignit jamais ses vigoureuses aspirations. Il se forma seul, n'ayant pour guide que les suggestions qu'il puisa dans sa passion pour l'œuvre de Houdon et dans son admiration sans réserve du grand statuaire Rodin.

Degas lui conseilla de visiter souvent le Louvre, d'y apprendre à voir et à méditer. Il faut croire que pour Paulin le conseil fut bon, car, dès la première visite que je lui fis, j'admirai dans son cabinet un buste de Degas que je connaissais personnellement ; je fus frappé par la grande ressemblance et la façon large dont était traitée la figure si expressive de ce grand artiste ; j'augurai dès ce jour le bel avenir artistique de mon nouvel ami. Le succès ne tarda pas en effet à couronner ses efforts ; des commandes lui vinrent et il dut consacrer à son art deux ou trois jours chaque semaine. Ce travail plus continu lui fit faire des progrès rapides, chaque nouveau buste marque une nouvelle étape où la fermeté du modèle se caractérise davantage.

Au Salon de la Nationale, dont il est membre sociétaire, nous avons vu successivement un nouveau buste de Degas, celui de Renoir, tous deux très remarqués et qui furent achetés par l'Etat pour le musée du Luxembourg où ils figurent dans la salle de la collection Caillebotte. Puis les bustes du bâtonnier Barboux, qui orne aujourd'hui la bibliothèque du Conseil de l'ordre au Palais de Justice ; du professeur Brissaud, placé dans la salle du Conseil de la Faculté de Médecine. Vinrent ensuite les bustes des peintres célèbres Claude Monet, Pissarro, Lebourg, Guillaumin, Raffaëlli, Ernest Laurent, et parmi les autres personnalités très connues,

ceux de l'éditeur Charles Delagrave, magnifique marbre qui figura au Salon l'an dernier ; celui de Roger-Marx, le maître critique d'art auquel nous devons ce beau livre *L'Art social;* un autre d'Antonin Personnaz, le délicat collectionneur de tant d'œuvres remarquables

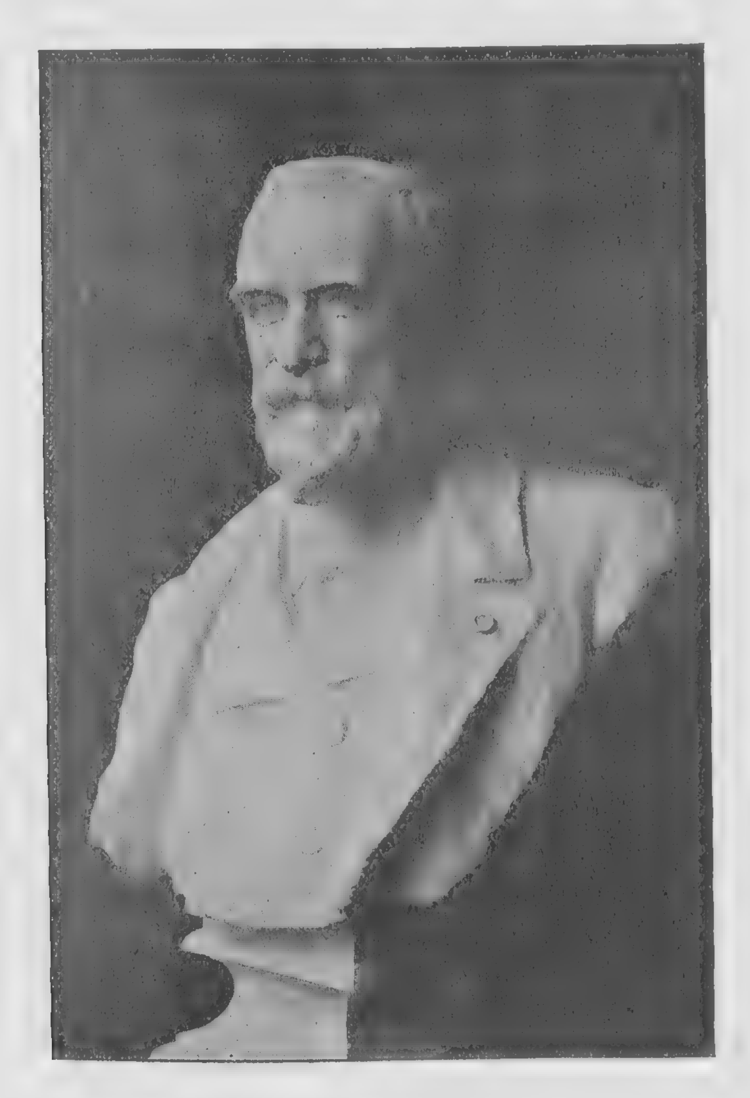


Le peintre Degas (Musée de Luxembourg).

des artistes que nous venons de citer ; le buste du sympathique et si actif surintendant des Beaux-Arts, M. Bérard ; le buste de E. Moreau-Nélaton, artiste peintre et céramiste de grand talent, qui est aussi l'historien passionné autant que savant de notre grand Corot, enfin le buste du conservateur du Musée du Luxembourg, M. Bénédite.

***

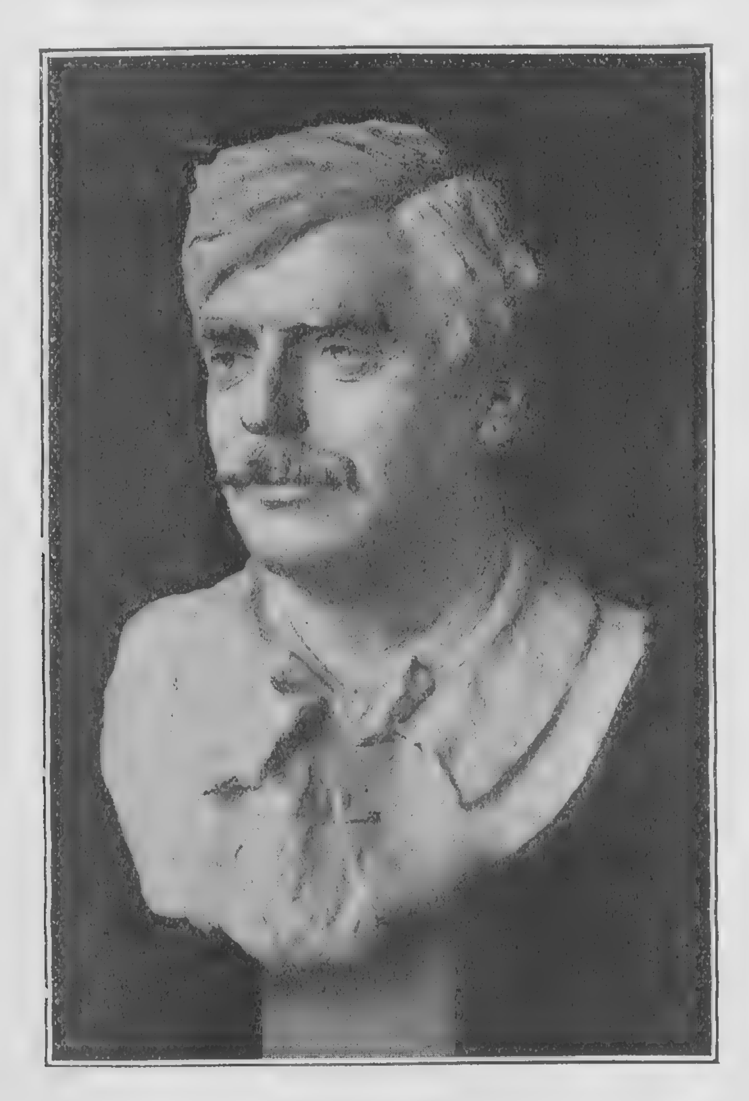
Entre temps, nous avons eu le plaisir d'admirer chez notre ami les bustes de ses deux enfants, ainsi que celui de sa mère.



Le Dr Just Lucas-Championnière.

Indépendamment du buste du Dr Brissaud cité plus haut, et comme pour établir un trait d'union entre les deux parties de son champ d'activité, Paulin produisit aussi les bustes de médecins et chirurgiens: Dr Labbé, sénateur; Dr Lucas-Championnière, le regretté membre du comité du patronage de l'Ecole dentaire de Paris;

Dr Chauffard, ainsi que plusieurs plaquettes des Drs Bazy, Blondel, etc., qui figurèrent dans plusieurs expositions. Enfin, pour clore cette liste, je ne voudrais pas oublier la toute dernière œuvre, le



Le professeur Brissaud.

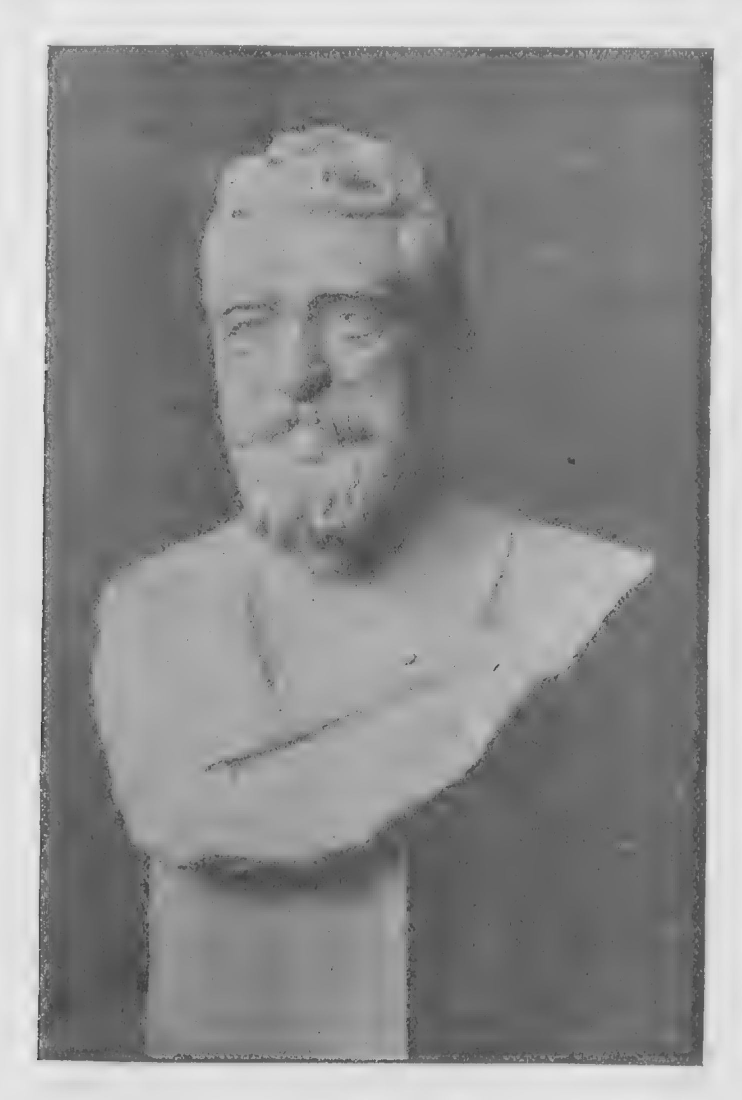
buste du vénéré maître Dr Peyrot, dont Paulin a su rendre d'une façon saisissante la vive intelligence unie à la si extrême bonté.

Ajoutons que ces bustes ont été fondus d'une façon remarquable par le maître fondeur A. Hébrard.

L'art de Paulin se ressent des origines de l'homme. Né dans cette âpre et majestueuse Auvergne où se joua jadis le sort de la Gaule,

Paulin apporte dans sa vision une robustesse et une simplicité dont les montagnes et les horizons de son pays lui ont inoculé la grandeur.

Le fait d'avoir appris son art tout seul, sans subir les déforma-

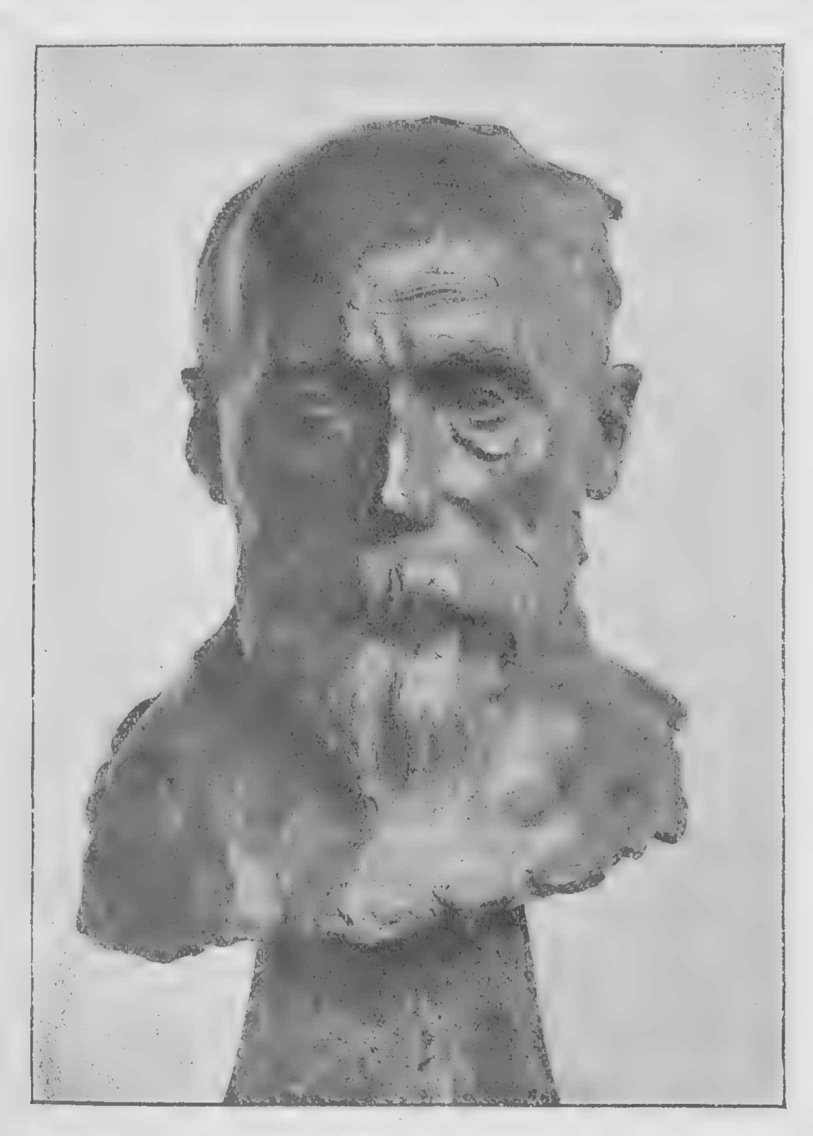


Le Dr Peyrot, sénateur.

tions professionnelles inhérentes à l'enseignement de l'Ecole, lui a laissé le goût de la sincérité et n'a pas déformé son œil, ni truqué sa main. Il s'est formé lui-même par un labeur opiniâtre, servi aussi par des dons naturels de premier ordre.

Si les bons conseils ne lui manquèrent pas, s'il eut la chance de se trouver sur le chemin d'hommes admirables, d'artistes qui

comptent aujourd'hui comme les lumières de notre époque, il sut aussi deviner que sous leur farouche dédain ces hommes n'étaient pas d'obstinés aigris, mais des artistes véritables qu'un long et



Le peintre Renoir (Musée du Luxembourg).

attentif contact avec la nature avait pour ainsi dire dévoyés du milieu ambiant, corrompu par une conception erronée de l'art.

Reprenant pour lui-même les sages conseils d'indépendance que ces hommes lui donnèrent très probablement, Paulin se pencha sur la vie seule et fit surgir de la glaise ces masques précis et réels

où le caractère de l'individu s'inscrit irrémédiablement par une sorte de fascination.

Rien n'est plus ingrat que le portrait en sculpture. L'artiste n'a pas, comme en peinture, la ressource d'escamoter son personnage au profit du décor, de l'ambiance ou d'une agréable nature morte. Il a devant lui une âme à traduire à travers un visage. Et, pour donner à ce visage le caractère dominant de cette âme qui se dérobe sous la mobilité du masque, il doit non seulement faire appel à toute sa sensibilité d'artiste, mais aussi surprendre l'homme et le deviner.

Un visage a mille expressions ; le caractère d'un portrait réside dans la dominante, dont l'origine remonte à la passion ou à l'intelligence.

Voilà pourquoi les portraits de Paulin sont si peu banals ; ils inscrivent une physionomie supérieure à celle de la réalité photographique, ils ont l'âme de leurs modèles. Qu'il traduise la grâce enjouée de l'enfance ou qu'il pétrisse l'image ravinée des hommes mûrs, on sent que sa main fut conduite par une pensée fascinatrice dont le secret réside en une fine et sûre psychologie.



L'ensemble de ses œuvres, déjà si important, renferme donc plus d'une promesse, et il faudrait ne pas connaître l'activité et l'enthousiasme de notre ami pour en douter. L'Etat vient du reste de mettre le sceau officiel au renom de Paulin en lui commandant pour le Panthéon le buste de l'illustre philosophe Auguste Comte. Voilà, n'est-il pas vrai, un encouragement très justement mérité!

Paulin recevait il y a six mois, comme sculpteur, la croix de la Légion d'honneur aux applaudissements de ses nombreux amis ; ce fut l'occasion d'un banquet tout à fait intime qui réunit une soixantaine de convives. Cette fête fut présidée par le président du Conseil, M. Barthou, qui, dans une improvisation spirituelle, rappela qu'indépendamment de son talent d'artiste, le nouveau chevalier avait certainement mérité depuis longtemps la récompense que l'on fêtait ce soir-là en qualité de praticien odontologiste, mais que, s'il ne fut pas décoré plus tôt, cela ne pouvait être dû qu'à une certaine coquetterie d'homme conscient de sa valeur.

N'est-il pas digne d'admiration l'homme qui, en dehors des fatigues d'une profession absorbante, des luttes et des travaux journaliers, trouve le moyen de se consacrer à un art si difficile qui l'a conduit à une renommée si justifiée ?

George Viau.

NÉCROLOGIE

Notre confrère M. Demarquette, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'être cruellement éprouvé par la mort de son père, M. Frédéric Demarquette, à l'âge de 68 ans, survenue le 29 décembre 1913.

Nous adressons à notre confrère nos très sincères condoléances.

NOUVELLES

Société d'Odontologie de Paris.

La Société d'Odontologie a tenu sa séance mensuelle le mardi 6 janvier 1914 à 9 heures du soir.

Après la lecture de la correspondance, M. Jolivet a lu un très intéressant mémoire sur la calcification.

MM. Frey, Amoëdo, Choquet, Roy ont pris part à la discussion et apporté des éléments nouveaux à cette question si vaste et encore si peu approfondie.

M. Ruppe a présenté divers appareils destinés, l'un à trouver le plan d'occlusion normal, les autres à prendre l'articulation au moyen d'appareils intra-buccaux.

M. Léger-Dorez a présenté un appareil, le « Pluvoyant », destiné à concentrer les rayons lumineux de source artificielle sur les parties de la bouche à traiter.

La séance a été levée à 11 h. 1/2.

Nouveau journal.

Nous avons reçu le premier numéro de *Horacio Wells*, organe de l'Association des étudiants en odontologie de Montevideo, revue mensuelle publiée en espagnol.

Nous souhaitons bonne chance à notre nouveau confrère.

Grève d'étudiants en dentisterie en Allemagne.

Depuis quelque temps les étudiants de l'art dentaire aux Universités allemandes sont obligés de présenter, comme les autres étudiants, un certificat de maturité pour pouvoir être immatriculés. Cette exigence d'une instruction préparatoire égale à celle des autres facultés a eu pour résultat de décider les étudiants-dentistes à exiger en retour, à l'issue de leurs études, le titre de

docteur-médecin dentiste, analogue à celui qui est accordé par exemple aux vétérinaires. Les différents corps universitaires, de même que les autorités des divers Etats, se sont montrés jusqu'alors hostiles à cette demande.

Comme mesure de protestation, la grève des cours a été décidée jusqu'au 15 janvier prochain. La grève a commencé par les Universités de Berlin et de Leipzig : elle s'est étendue rapidement à celles de Breslau, Halle, Munich, Bonn, Greifswald, Fribourg-en-Brisgau, et elle a même gagné Strasbourg.

A. G. S. D. F.

Le Conseil d'administration de l'A. G. S. D. F. se réunira le samedi 17 janvier 1914, à 8 heures et demie du soir, au siège social, avec l'ordre du jour suivant :

1° Procès-verbal du Conseil du 15 novembre 1913;

2° Correspondance;

3° Procès-verbal du Bureau du 30 décembre 1913;

4° Rapport du secrétaire général;

5° Rapport du trésorier;

6° Rapport de l'administrateur-gérant du journal *L'Odontologie*;

7° Rapport du Conseil de famille;

8° Rapport de la Commission syndicale;

9° Rapport de la Commission de prévoyance;

10° Règlement pour l'attribution d'une médaille à décerner, au nom de l'A. G. S. D. F., aux mécaniciens-dentistes;

11° Questions et propositions diverses.

***

L'assemblée générale annuelle de l'A. G. S. D. F. aura lieu le dimanche 18 janvier 1914, à 9 heures du matin, au siège social, avec l'ordre du jour suivant :

1° Correspondance;

2° Procès-verbal de l'Assemblée générale du 19 janvier 1913;

3° Rapport du secrétaire général;

4° Rapport du trésorier;

5° Rapport de l'administrateur-gérant du journal *L'Odontogie*;

6° Election pour le renouvellement partiel du Conseil d'administration (9 membres pour Paris, 8 membres pour la province);

7° Règlement pour l'attribution d'une médaille à décerner, au nom de l'A. G. S. D. F., aux mécaniciens-dentistes;

8° Questions et propositions diverses.

NOTA. — Le vote aura lieu à 10 heures précises.

Membres sortants et rééligibles.

Paris.

1. D'Argent J.
2. Bioux L.
3. Cernéa.
4. Dupontreué.
5. Fouques G.
6. Lalement.
7. Machtou.
8. Miégeville.
9. Lemerle (démissionnaire).

Province.

1. Boudy (Belfort).
2. Bouillant (L'Isle-Adam).
3. Brodhurst (Montluçon).
4. Debray (Evreux).
5. Jouard (Saint-Cloud).
6. Mouton (Châtellerault).
7. Pierret (Dijon).
8. Thuillier (Rouen). Démissionnaire.

Association des professeurs.

L'assemblée générale de l'Association des professeurs des écoles dentaires reconnues d'utilité publique aura lieu le dimanche 18 janvier 1914, à 11 heures et demie du matin, à l'Ecole dentaire de Paris, avec l'ordre du jour suivant :

1° Procès-verbal ;
2° Correspondance ;
3° Rapport du secrétaire général ;
4° Rapport du trésorier ;
5° Revision et arrêt de la liste des membres ;
6° Election des membres du Conseil d'administration ;
7° Etude du recrutement des examinateurs à la Faculté ;
8° Echange de professeurs entre Universités ;
9° Questions diverses.

Elle sera suivie d'un déjeuner amical et, au cas où l'ordre du jour n'aurait pas été épuisé, la séance sera reprise après déjeuner.

Réunion scientifique dentaire de Nice.

Cette réunion est organisée par l'Association du Sud-Est avec le concours du Syndicat dentaire des Alpes-Maritimes (S. D. A. M.) pendant les fêtes de Pâques 1914.

Samedi soir, 11 *avril*. — Réception des confrères par le S. D. A. M. — Punch d'honneur. — Soirée artistique.

Dimanche matin, 12 *avril*, 9 *heures*, au grand amphithéâtre de chimie du Lycée de Nice. — Ouverture de la réunion. — Expériences et démonstrations par les opérateurs de de Trey. — Expériences par des démonstrateurs d'Ash et de la Société française et de diverses maisons. — Expériences sur la métallisation. — Expérience de la « Fontaine de Radium ». — Commu-

nications diverses par MM. Schutz, Escudier, Reynal, Dr Guibaut.

Midi. — Déjeuner collectif à la Jetée Promenade.

2 *heures* 1/2. Conférence sur l'Orthodontie par M. Nagy. — Communications diverses.

5 *heures.* Grand concert au Casino municipal.

7 *heures.* Grand banquet à la « Belle Meunière ».

Des places seront réservées aux confrères dans les théâtres de la ville par les soins du Syndicat dentaire des Alpes-Maritimes.

Lundi matin, 13 *avril.* — Excursion à Cannes. — Départ à 7 heures.

9 *heures.* Conférence sur l'inspection dentaire scolaire par M. François Fabret. — Histoire de l'Art dentaire par X. — La mastication humaine et comparée par X. — Communications par MM. Lions, de Bomblé, Kelsey, Vidal, de Veyre, etc.

11 *heures.* Déjeuner au Casino de Cannes.

Après-midi. — 1 *heure.* Départ pour Monte-Carlo.

2 *heures.* 15. Arrivée à Monte-Carlo. — Visite de la Principauté.

7 *heures.* Grand dîner offert par la Principauté de Monaco.

11 *heures.* Champagne d'adieu à Nice.

Mariage.

Nous apprenons le mariage de notre confrère M. Elias Cohen, ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris, chirurgien-dentiste à Varna (Bulgarie), avec Mlle Rachel Naphtali Covo, qui a été célébré le dimanche 4 janvier 1914.

Nous adressons nos félicitations aux jeunes époux.

34e ANNÉE. N° 2. 30 JANVIER 1914 VOL. LI

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

APPAREILS ARTICULATEURS INTRABUCCAUX

Par LOUIS RUPPE,

Chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie, 6 janvier 1914.)

> Il ne suffit pas pour atteindre notre but de suivre aveuglement les directions que nous fournit la nature ; nous devons plutôt soumettre à l'examen les conditions mécaniques qui se présentent et exécuter notre travail selon les principes généraux de la mécanique.
>
> CHRISTENSEN [1].

Je ne vous ferai pas l'historique de ce problème si passionnant de l'articulation : le Professeur Gysi l'a fait magistralement dans notre revue[2]. Mais avant de vous exposer mes idées sur ce sujet, je tiens à adresser un témoignage de gratitude à tous nos confrères qui, par leurs travaux et leurs efforts, nous ont permis de sortir à peu près de cet enchevêtrement de difficultés qu'est pour nous la confection d'un dentier complet.

Pour établir un dentier complet il faut, avant de procéder au montage des appareils à l'atelier, accomplir au cabinet sur le patient 3 temps opératoires bien distincts.

Le 1er temps est l'*observation* et la *prise d'empreintes*.

Le 2e temps est la prise d'OCCLUSION (rapport des dents entre elles à l'ÉTAT DE REPOS) et le choix des dents artificielles.

1. *Odontologie*, page 248, 1910, tome I.
2. *Odontologie*, page 240, 1910, tome I.

Le 3e temps est la prise d'ARTICULATION (rapport FONCTIONNEL des dents entre elles).

Les 1er et 2e temps sont classiques et MM. P. Martinier et G. Villain les ont décrits de façon parfaite dans leurs cours de clinique de prothèse dentaire.

Je voudrais cependant, à propos de la prise d'occlusion ou 2e temps, attirer votre attention sur le plan dans lequel les dents des deux maxillaires se rencontrent.

Ce plan, appelé plan de mastication ou de Barclay C D fig. 1, étudié par Broca [1], est à peu près horizontal et parallèle au plan de Camper A B fig. 1, lequel passe par le centre des trous auditifs externes et par l'épine nasale inférieure. Il s'obtient sur le vivant en faisant serrer les dents sur une règle très plate et large.

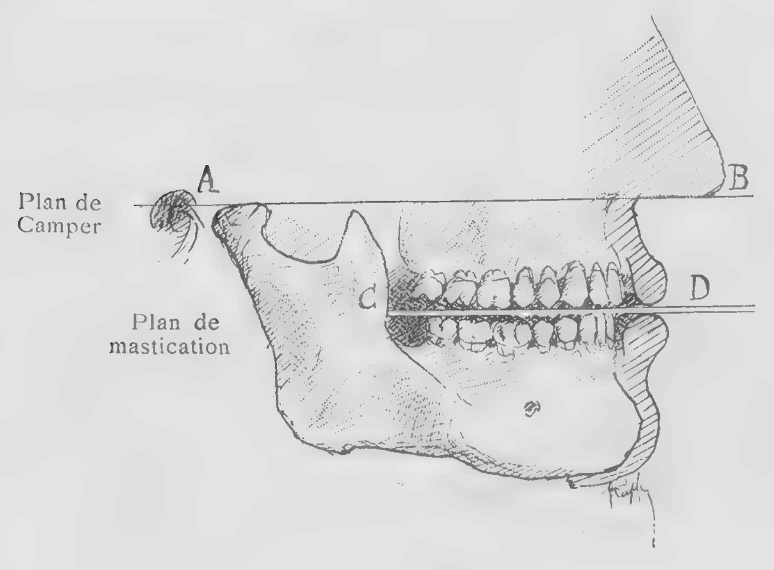


Fig. 1.

Je suppose que ce plan de mastication doit être perpendiculaire à la direction des forces appliquées sur le maxillaire inférieur pour l'élever et que sa direction a pour but d'obtenir le plus de force masticatoire possible.

C'est pour cela que je viens vous proposer de veiller dans

1. Société d'anthropologie, séances des 2 janvier et 6 février 1873.

la prise d'occlusion à transcrire sur les cires d'articulation la direction de ce plan, pour qu'on en tienne compte dans le montage du dentier, ce qui n'est pas toujours observé, car les mécaniciens montent en général leurs molaires inférieures le plus près possible de la crête du maxillaire supérieur dans le but d'alléger l'appareil supérieur (voir fig. 2).

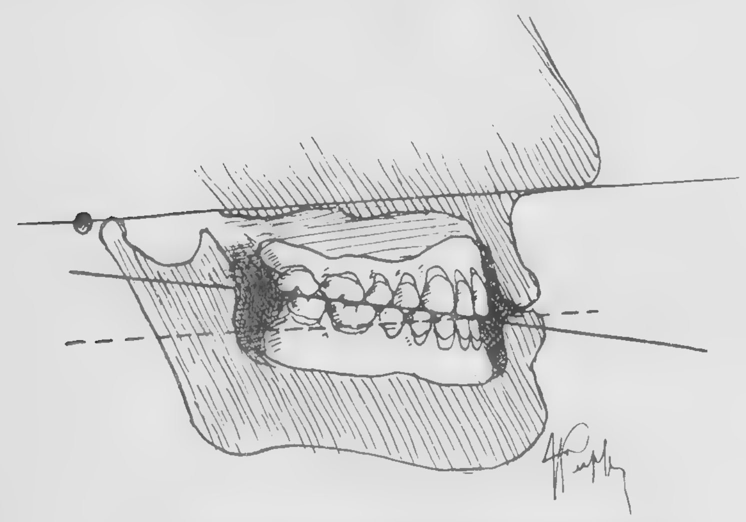


Fig. 2. — Mauvais plan de mastication d'un dentier.

Pour éviter cette mauvaise direction du plan de mastication et transcrire sur les cires un plan parallèle à celui de Camper, je vous propose d'employer le petit instrument que j'ai construit pour cet usage (fig. 3).

Il est composé d'une plaque de métal en forme de fer à cheval (A fig. 3), à sa partie antérieure est percée une rainure à B dans laquelle glisse une tige T coudée 2 fois, maintenue dans un plan perpendiculaire à la plaque par 2 rondelles de métal C D soudées sur la tige T et qui glissent à frottement doux sur la plaque A.

A l'autre extrémité de la tige est soudé un tube carré E dans lequel glisse une règle R.

La tige T peut être promenée d'une commissure labiale à l'autre. La distance qui sépare la surface supérieure de la règle à la surface de la plaquette fer à cheval est de 36 mm.

(distance moyenne du plan de Camper au plan de mastication).

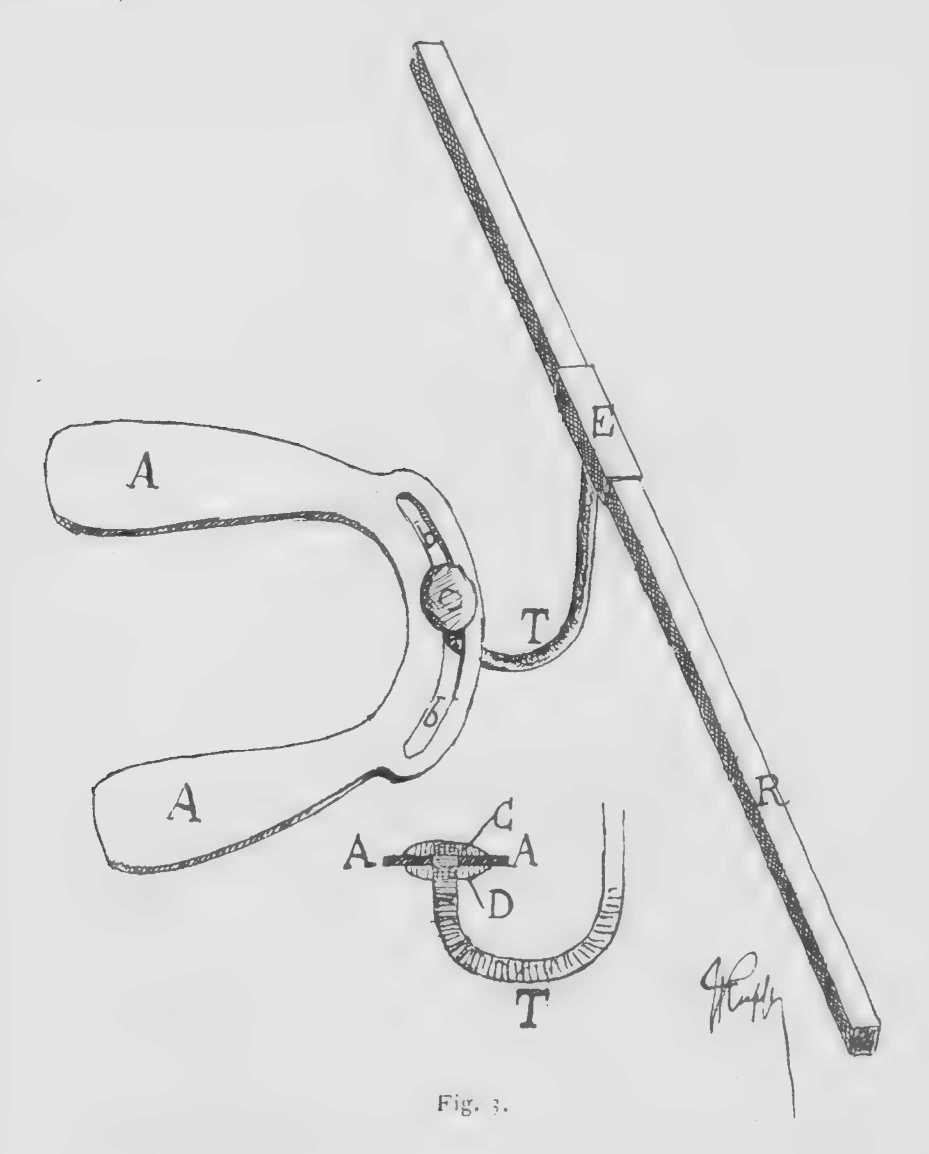


Fig. 3.

Etant donné le parallélisme de la règle et de la plaquette buccale, il sera possible de retoucher les faces triturantes des cires pour que la règle soit horizontale quand la tige qui la porte sera sur la ligne médiane (fig. 4) et qu'elle réunisse le milieu des trous auditifs externes à l'épine nasale inférieure quand la tige sera aux commissures labiales (fig. 5).

Lorsque la plaque serrée entre les 2 cires donnera à la règle ces bonnes positions, le plan d'occlusion des cires correspondra au plan de mastication normal.

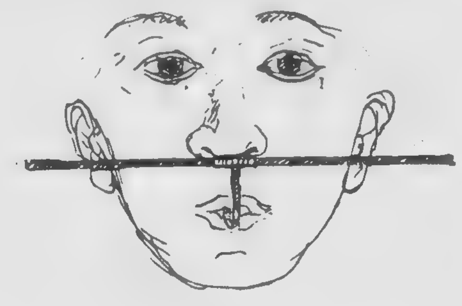


Fig. 4.

Je voudrais encore à propos de la prise d'occlusion vous indiquer tout l'intérêt qu'il peut y avoir à mesurer l'indice facial total. Cette mensuration peut nous donner de bons

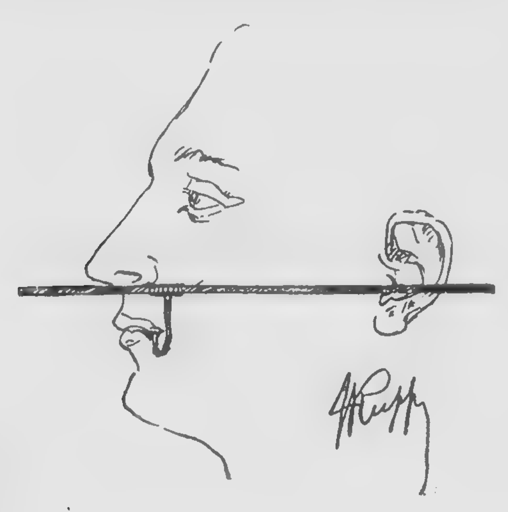


Fig. 5.

renseignements dans le sens vertical en nous indiquant la hauteur de la face A B fig. 6 (ligne des sourcils à la base du menton) par rapport à la largeur de la face C D fig. 6 ou largeur bizygomatique. La hauteur = 100, la largeur = 94 en moyenne.

Ce rapport est très facile à prendre avec un compas et peut guider pour trouver la hauteur à donner aux dentiers.

Nous voici donc au troisième temps clinique, à la prise d'articulation, et c'est à ce 3e temps que se rapporte le problème si complexe qui a pendant près de 30 ans occupé les loisirs de tant de chercheurs. Ce problème peut s'énoncer ainsi : Il faut rendre à ceux qui en sont dépourvus des *surfaces masticatoires qui non seulement soient en occlusion parfaite, mais puissent avoir des rapports fonctionnels normaux.*

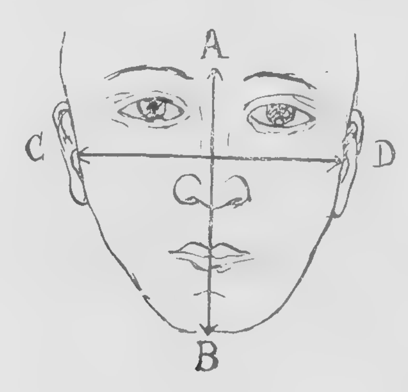


Fig. 6.

Les recherches faites jusqu'ici avaient pour but de connaître les mouvements du maxillaire inférieur et de les reproduire mécaniquement dans un articulateur. Dans cette voie Gysi est arrivé à la perfection, mais son savoir entre pour une grosse part dans la sûreté de ses résultats et il faut bien avouer que ce problème si ardu pour nous tous l'est encore plus pour nos aides du laboratoire.

Aussi le montage d'un dentier selon la méthode Gysi demande-t-il beaucoup de temps et la collaboration constante du praticien.

La difficulté d'application de la méthode m'a conduit à aborder le problème différemment.

J'ai pu faire enregistrer les mouvements du maxillaire inférieur par des appareils intrabuccaux. Ces appareils articulés, se placent, s'orientent sous l'influence des divers mouvements du maxillaire inférieur et d'après eux comme gabarits on place et l'on taille les dents. Le travail à l'ate-

lier devient mécanique et le praticien confectionne pour ainsi dire chaque dentier dans le cabinet.

Cette nouvelle façon d'aborder le problème fait porter toute l'attention sur les surfaces triturantes et, au lieu de chercher à connaître les mouvements du maxillaire inférieur on ne s'intéresse qu'aux modifications que ces mouvements produisent sur l'emplacement, l'orientation, la forme des surfaces masticatoires. Il faut donc chercher à quelles conditions ces surfaces doivent répondre pour que leurs rapports fonctionnels résultant de ces mouvements soient normaux. Il est nécessaire de connaître :

1° L'emplacement des surfaces triturantes ;

2° La profondeur du sillon des molaires et leur orientation ;

3° L'inclinaison de la face palatine des incisives supérieures (éviter le décollement du bord postérieur de la pièce supérieure dans les mouvements d'incision) ;

4° L'emplacement du bord libre des canines.

J'ai pu trouver dans les travaux de Gysi les éléments de toutes ces questions. Je lui exprime ici toute ma reconnaissance et mon admiration :

1° L'emplacement des surfaces masticatoires.

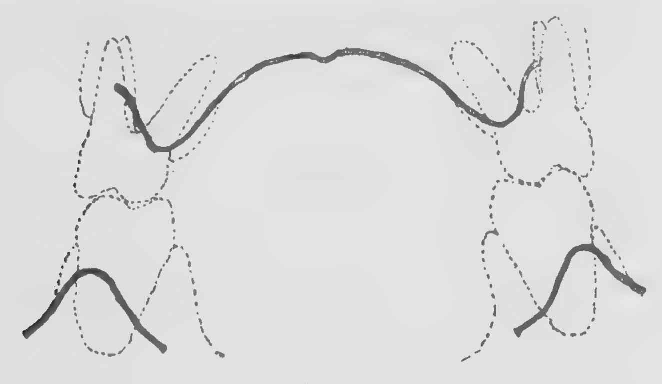


Fig. 7.

Les crêtes des maxillaires se forment pour le maxillaire supérieur au niveau des racines palatines ; pour le maxillaire inférieur au niveau des racines externes. Le point d'appui et la crête inférieurs sont donc en dehors de ceux du maxillaire supérieur (voir fig. 7).

Muller, de Zurich, recommande de monter les dents artificielles en employant l'articulation croisée des molaires, ce qui donne une plus grande stabilité aux appareils [1].

En règle générale il faudra donc que les molaires supérieures soient à cheval sur les crêtes le plus près possible de la ligne médiane. On peut comparer l'équilibre d'un dentier supérieur à celui d'un vulgaire banc de bois à deux pieds et le bon sens sait combien il est dangereux de s'asseoir sur le bout d'un banc vide. De même, notre bon sens doit nous défendre de placer des molaires supérieures en dehors de la crête ;

2° La profondeur du sillon longitudinal et l'inclinaison de la surface masticatoire dépendent de l'inclinaison de la trajectoire de l'articulation et les principaux mouvements des maxillaires inférieurs les font varier. Gysi l'a fort bien démontré dans sa conférence du 2 décembre 1913 ;

3° L'inclinaison de la face palatine des incisives est influencée par la position des autres dents et par celle des centres de rotation ;

Les mouvements d'incision produisent un décollement de l'appareil supérieur à son bord postérieur ; il est nécessaire pour éviter le déplacement de l'appareil supérieur de le maintenir au fond par un point de contact (courbe de compensation, coin de Warnekros) ;

4° Les cuspides des canines ne doivent pas gêner les mouvements de latéralité sous peine de déplacer l'appareil supérieur.

Voilà donc les conditions que doivent remplir les surfaces masticatoires pour avoir des rapports normaux.

L'emplacement des surfaces triturantes se trouve rapidement et pour faciliter cette recherche, je conseille de tracer sur chaque modèle les lignes suivantes : une ligne médiane O C, une ligne perpendiculaire et voisine du bord postérieur du modèle M N ; pour les tracer il faut du point incisif O comme centre et avec une longueur O M comme

---

1. *Odontologie*, 1910, tome I, page 568.

rayon, tracer sur la crête opposée une longueur O N égale. On cherche ensuite le milieu de la distance des points M et N et il n'y a plus qu'à tracer les lignes O C et M N. Ces tracés permettent de placer les surfaces triturantes à égale distance de la ligne médiane et de limiter régulièrement le bord postérieur de la pièce ; on peut aussi tracer une ligne qui suivra la crête extérieurement à une distance constante de 5 m/m. de façon à ne pas perdre de vue son emplacement quand celle-ci est couverte par une grosse épaisseur de cire ou par du godiva B I A L (fig. 8).

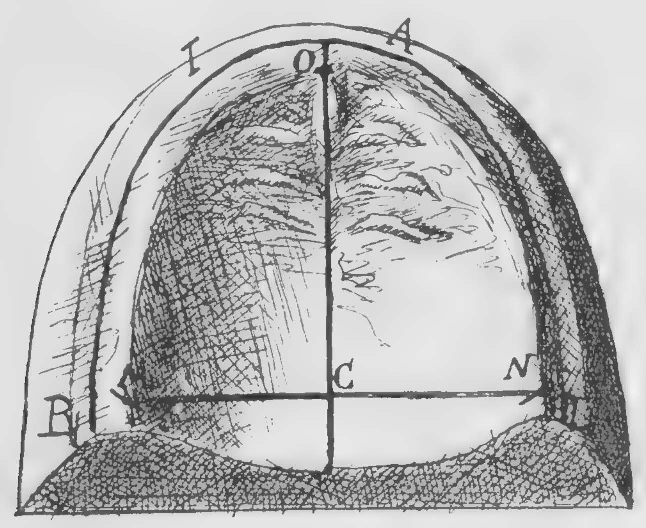


Fig. 8.

Si l'emplacement des surfaces triturantes est aisé à trouver, il n'en est pas de même pour la profondeur des sillons, l'inclinaison de la surface masticatoire, de la face palatine des incisives, de l'emplacement des bords libres des canines, il est nécessaire de les enregistrer et je viens vous proposer des appareils intra-buccaux capables de se modeler sous l'influence des divers mouvements du maxillaire inférieur et de représenter toutes les positions que les surfaces triturantes des dents artificielles doivent avoir pour entrer en rapports normaux et faire produire aux dentiers le meilleur rendement masticatoire.

M'inspirant de la phrase de Christensen que je vous ai

citée au début de cette communication, j'ai cherché quelle devait être la forme la plus simple des faces triturantes et je suis arrivé à les considérer comme des cylindres glissant parallèlement l'un sur l'autre et broyant les aliments sur des plans placés dans leur voisinage immédiat. Cette conception est voisine de celle de Gysi et le sillon qu'il creuse au milieu des molaires les transforme presque en un demi-cylindre sur un côté duquel est accolé un plan. Avec cette préparation, il obtient une mastication dont l'effort est en forme de coin, ce qui produit un résultat excellent avec beaucoup moins de force. Les trois points de contact des molaires sont très petits et leur donnent un mutuel soutien simple, mais sûr, comparable à un trépied. (V. les coupes de molaires de la fig. 9.)

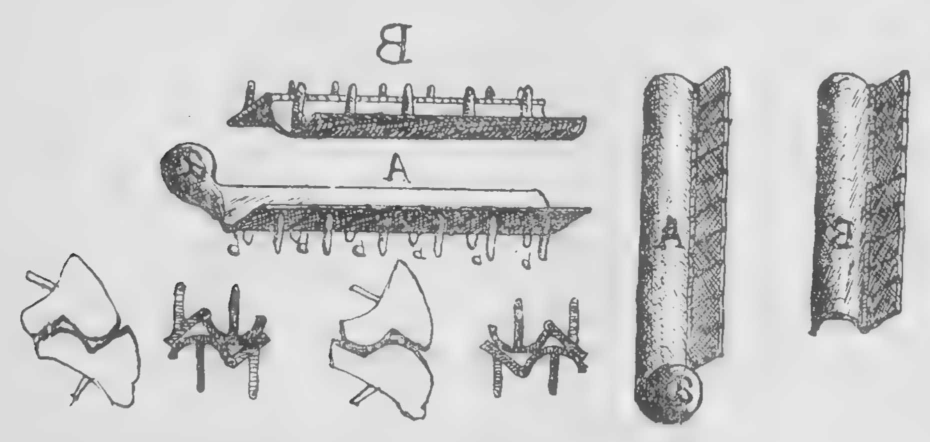
Les appareils intra-buccaux que j'ai construits pour les molaires sont capables d'enregistrer la profondeur des sillons des molaires et l'inclinaison des surfaces masticatoires ; en outre ils répondent à ma conception énoncée plus haut, car ils sont formés de quatre demi-cylindres sur un bord desquels s'articulent de petites plaquettes. Les deux pièces inférieures représentent la longueur des prémolaires et des grosses molaires artificielles, elles sont formées d'un demi-tube de métal A (fig. 9), sur un de ses bords sont articulées six petites plaquettes. A une des extrémités de chaque pièce du bas et dépassant la partie convexe du tube de quatre millimètres est soudé un tubercule de métal a (fig. 9) qui glissera sur la pièce du haut et servira à contrebalancer l'effort incisif. Les pièces supérieures sont plus courtes d'une demi-grosse molaire et n'ont pas de tubercule B (fig. 9).

L'appareil intra-buccal qui devra enregistrer l'inclinaison de la face palatine des incisives supérieures et l'emplacement de la face triturante des canines est formé d'une tige en métal souple C (fig. 9) sur laquelle s'articulent quatre plaquettes de la largeur des quatres incisives artificielles choisies ; sur le côté distal de chaque plaquette représentant les incisives latérales est ménagée une petite fente c dans

laquelle se meut une glissière appartenant aux pièces représentant les faces linguales des canines.

L'inclinaison des plaquettes des incisives latérales commande celle des plaquettes des canines de ces dernières mais n'empêche nullement le réglage, dans le sens vertical.

Théoriquement ces appareils très simples placés sur des



Goupe d'appareils et de molaires du même côté.

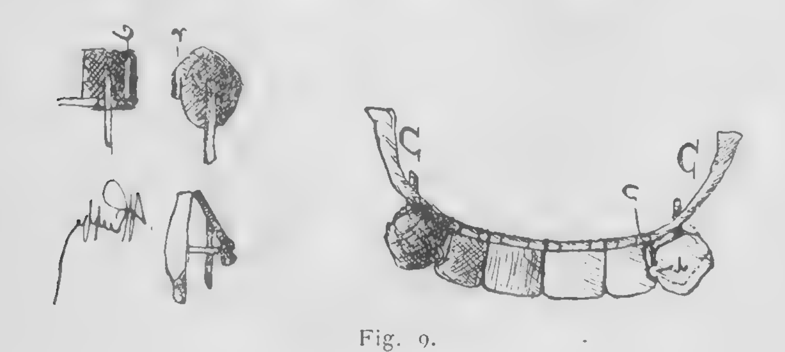


Fig. 9.

cires d'articulation (fig. 10) portés en bouche, soumis à l'action des mouvements du maxillaire, se conforment selon ces mouvements et servent de gabarits pour placer et tailler les dents.

Pratiquement, il y a quelques indications à donner pour se servir de ces appareils :

1° Les cires s'accommodent très mal d'un séjour prolongé dans la bouche et des mouvements de mastication

qu'elles subissent, aussi est-il indispensable de faire les bases en godiva dur ou en vulcanite;

2° Les six dents de bouche inférieures doivent être fixées en bonne position sur la pièce du bas;

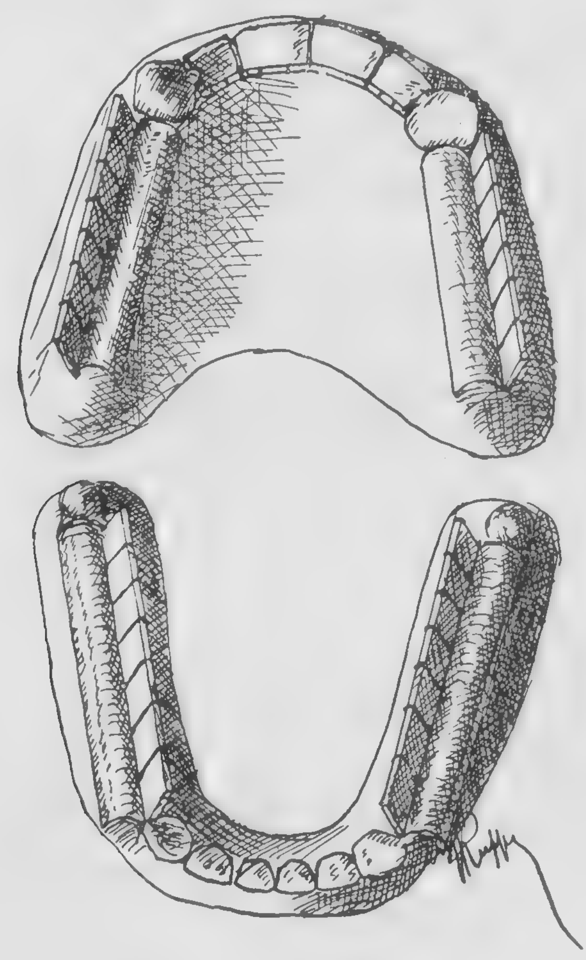


Fig. 10.

3° Les appareils des molaires inférieures se placent le demi-tube à cheval sur la crête, les plaquettes en dedans pour une articulation normale, les plaquettes en dehors pour une articulation croisée (voir fig. 9). Les sillons formés par les demi-cylindres et les plaquettes doivent être très profonds pour pouvoir s'ouvrir pendant les mouvements de mastication;

4° L'appareil des dents de bouche supérieures doit être en bonne occlusion avec les dents de bouche inférieures, mais avoir une inclinaison des faces linguales presque nulles pour que les mouvements d'incision et de mastication puissent produire l'inclinaison nécessaire ;

5° Les appareils des molaires supérieures se placent en occlusion avec ceux des molaires inférieures ; comme ils sont plus courts que les appareils inférieurs, on fait à leur bout distal un plan incliné de cire sur lequel le tubercule viendra creuser son chemin et maintenir l'équilibre de la pièce supérieure dans les mouvements d'incision (Z fig. 11) ;

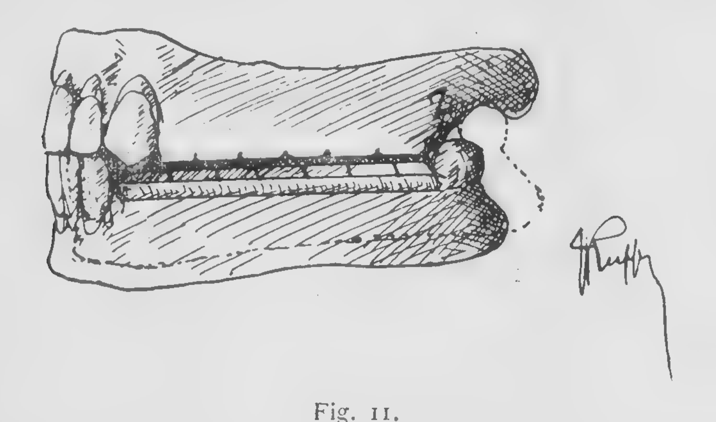


Fig. 11.

6° Pour obtenir des mouvements de mastication normaux quand les appareils articulateurs sont en bouche, il est indiqué de faire mordre le patient sur une feuille de papier présentée entre les appareils par une précelle recourbée demi-lune d'Eggler. En encombrant le vestibule on se place dans une situation analogue à celle qui est produite pendant les mouvements de mastication et la sensation de corps étranger entre la joue et les arcades fait produire des mouvements plus naturels.

Les mouvements de mastication et d'incision doivent être continués par le patient jusqu'au moment où le praticien ne perçoit plus de frottements anormaux.

A ce moment, on retire les cires de la bouche, on les place sur les modèles et sur chaque surface masticatoire

supérieure et inférieure on coule un moulage monté sur l'articulateur.

C'est avec chacun de ces moulages que le mécanicien taille et place les dents. Les emplacements des dents sont si nettement indiqués qu'aucune cause d'erreur ne peut se glisser et que les appareils articulent d'emblée dans la bouche.

J'ai cru bon de vous présenter ces appareils articulateurs intra-buccaux, parce qu'il me semble être du devoir de tout membre d'une profession de publier ses conceptions. Si elles ne sont pas viables il est bien rare qu'elles ne préparent pas l'éclosion d'idées qui le soient.

Je ne pense pas être arrivé à la solution définitive et pratique du problème, mais j'ai l'espoir d'attirer les chercheurs dans cette nouvelle voie, et de voir bientôt un confrère doter notre profession d'appareils articulateurs intra-buccaux parfaits.

REVUE DES REVUES

LE BLANCHIMENT DES DENTS

Par Norman Black.

La méthode que je vais décrire, parce que je ne la crois pas connue, m'a donné toute satisfaction.

Par décoloration des dents, j'entends une teinte intéressant toute la dent plutôt qu'une tache partielle et fortuite.

Rien n'est plus disgracieux qu'une dent présentant une teinte sombre sur le devant de la bouche. Et cependant, jusqu'à une époque relativement récente, rien n'avait été tenté pour remédier à cet inconvénient. Deux raisons motivaient cette façon d'agir :

1° L'opinion prédominante était que l'on ne peut modifier la coloration d'une dent que très lègèrement et par un traitement aussi ennuyeux que peu certain.

2° Cette amélioration légère n'était pas permanente.

C'est cette dernière raison qui semble avoir prévalu pour avoir fait mettre à l'écart l'opération du blanchiment des dents.

La science moderne a mis à notre disposition des agents de blanchiment beaucoup plus puissants que ceux connus autrefois et qui nous permettent de passer outre à la première objection. Une connaissance approfondie de la technique du traitement nous permettra de ne pas nous arrêter à la seconde.

Ces affirmations peuvent paraître quelque peu hardies ; je ne les formule qu'après une expérience de sept années.

La principale chose est de connaître la cause du trouble auquel il faut remédier. En général, toute décoloration d'une dent provient de la mort de la pulpe, qui peut être amenée par une blessure sans qu'elle soit mise à découvert, ou par la carie dont le résultat peut être la mise à nu du tissu pulpaire.

Dans le premier cas, le résultat du traumatisme est la gangrène. La pulpite violente détruit les corpuscules sanguins rouges, leur hémoglobine s'échappe des vaisseaux avec le plasma sanguin. Cette hémoglobine dissoute dans le plasma passe dans la dentine dans le voisinage de la chambre pulpaire. La nature poreuse de la dentine lui permet d'y être absorbée à un tel point que si l'on examine une dent dans cette condition, elle présente une teinte rose distincte. Il se produit une modification rapide dans la couleur de la dent qui passe du rose au noir bleuâtre après avoir été successivement jaune et brune.

Cette classe de dent dont la pulpe meurt sans avoir été exposée nous offre une indication quant à la dérivation du pigment de décoloration. Puisqu'il n'y a aucune solution de continuité à la surface, la décoloration ne peut venir que de la dent elle-même, c'est-à-dire de la pulpe, du stroma, des nerfs des vaisseaux ou du sang. Comme la décoloration ne s'accentue que lorsqu'il y a quelque degré de décomposition, il est évident qu'un produit de décomposition influe directement sur la décoloration. Les nerfs et le stroma de la pulpe et même les parois de la pulpe sont des éléments protéiques ordinaires, et leurs produits de dégénérescence l'acide carbonique, l'ammoniaque, l'hydrogène sulfuré et l'eau. La décoloration ne peut donc leur être imputée. Avec le sang, toutefois, c'est différent. Le corpuscule rouge contient de l'hémoglobine qui est elle-même une substance colorante dont la décomposition produit une gamme de couleurs, qui sont des taches organiques, des produits de décomposition renfermant de l'hydrogène. On peut dire qu'une tache doit sa propriété colorante à un certain arrangement défini des molécules et chaque modification de cet arrangement amènera un changement ou une destruction de couleur. Lorsque l'hémoglobine se décompose, elle subit une série de changements chimiques accompagnés de modifications correspondantes dans la teinte. Ainsi, à chaque phase de la dégénérescence de l'hémoglobine, il se forme un composé chimique bien défini avec des propriétés colorantes bien définies : méthémoglobine, hémine, hématine et hématoïdine.

Ainsi s'expliquent les différentes colorations du tissu dentaire résultant de la putréfaction de la pulpe, mais la teinte noire n'est pas encore expliquée, car les composés ci-dessus mentionnés ne vont pas plus loin que le brun. Parmi les produits de décomposition du tissu pulpaire est l'hydrogène sulfuré. A la fin de la putréfaction, le fer de l'hémoglobine est libéré et se combine avec l'hydrogène sulfuré pour former du sulfure de fer qui est noir. Il est hors de doute alors que le fer est la cause de la décoloration et que le sulfure de fer ou quelque autre composé est la substance réelle déposée dans la dentine et la colorant en noir.

Lorsque la pulpe est à découvert et finalement tuée par la carie, le processus de la décoloration est quelque peu modifié.

La solution de continuité établit une connexité directe entre la bouche et la chambre pulpaire donnant libre accès dans cette dernière à l'air et à l'humidité ; la putréfaction est alors beaucoup plus rapide, de même que la décoloration.

L'entrée de salive, de débris de nourriture ou d'autre substance dans la chambre pulpaire modifie également la coloration de la dent suivant qu'il y a des particules de graisse ou de quelque autre

matière coagulante agissant comme agent de fixation et rendant la tache beaucoup plus tenace.

Je vais maintenant exposer la méthode que j'emploie en supposant qu'il s'agisse d'une dent du devant.

En premier lieu, il est essentiel de pratiquer sur la face linguale de la dent une large ouverture conduisant directement à la chambre pulpaire.

Ayant libre accès à la chambre pulpaire, et ayant agrandi l'ouverture y conduisant, on enlève soigneusement tous débris de toute nature à l'aide d'instruments à nettoyer.

Si la cavité pulpaire et le canal radiculaire avaient été obturés auparavant, tout le contenu de la chambre pulpaire et du tiers supérieur du canal seront enlevés. A l'aide d'une fraise très aiguisée, on enlève également la portion de la dentine immédiatement en dehors de la chambre pulpaire, surtout si elle est tendre et très sombre ; ceci simplifie le travail qui suivra.

Je suppose que la dent a été traitée et l'apex obturé avec de la gutta-percha.

J'ai trouvé que la haute pression employée pour obtenir le blanchiment rapide des dents pouvait occasionner la sensibilité de la dent lorsque le gaz passe le long du canal (même s'il a été obturé) et à travers le canal radiculaire.

Pour empêcher cela, je ferme la dent avec une obturation ostéoplastique.

Examinant l'intérieur de la dent, on verra que les canalicules dentinaires pénétrant dans la chambre pulpaire sont clos par une substance graisseuse provenant de la dégénérescence du protoplasma de la pulpe. Il arrive même souvent que tout le tissu en dehors de la pulpe est imprégné de cet enduit graisseux qui constitue le plus grand obstacle au blanchiment. Pour le détruire, on emploie le peroxyde de sodium. La dent est isolée, et à l'aide d'une broche humectée, on introduit de petites quantités de peroxyde dans la chambre pulpaire et le canal. Il faut prendre le plus grand soin dans le maniement de cette substance à cause de ses propriétés escharotiques.

Lorsque le peroxyde vient en contact avec l'intérieur de la dent, il se produit de l'effervescence due à la mise en liberté de l'oxygène naissant. Le peroxyde de sodium devient de la soude caustique qui saponifie les débris graisseux que nous avons mentionnés plus haut. Laver ensuite abondamment à l'eau chaude, les canalicules dentinaires resteront ouverts sur la chambre pulpaire vide. L'oxygène éliminé attaque les produits de décomposition qui sont la cause directe de la décoloration, se combine avec leur hydrogène pour former de l'eau, détruit l'arrangement moléculaire qui donne le prin-

cipe de coloration et le libère. Le blanchiment est ainsi commencé mais en pratique, le peroxyde est plus particulièrement employé en raison de son action saponifiante pour débarrasser la pulpe de tout débris graisseux que pour son action blanchissante qui est inférieure à celle d'autres médicaments.

On a découvert une autre propriété du peroxyde de sodium. Une réaction violente assez curieuse se produit entre le peroxyde de sodium et toute préparation de formaldéhyde. Dans le traitement des canaux radiculaires avec le tricrésol-formol, et après avoir enlevé les débris graisseux à l'aide du peroxyde de sodium, on a remarqué que non seulement il se produit une effervescence très violente mais que la racine semblait être blanchie rapidement. Dans un cas très rebelle de décoloration, de très petites quantités de peroxyde de sodium furent introduites dans la chambre pulpaire, suivies d'une goutte de solution de formaline. La décoloration disparut, mais la réaction très vigoureuse produisit des explosions.

La dent a été nettoyée d'abord mécaniquement, puis chimiquement, et est prête pour le blanchiment. On l'isole pour éviter que la muqueuse soit atteinte par les médicaments quelque peu caustiques employés. La chambre pulpaire et le canal sont séchés avec de l'ouate, puis déshydratés à l'alcool absolu, qui à son tour est évaporé par l'air chaud. L'appareil électrique à sécher les racines est de beaucoup supérieur à tout autre parce qu'il sèche la dentine plus rapidement et plus parfaitement.

Lorsque la déshydratation est complète, la dentine est dans la meilleure condition possible pour être soumise à l'action du blanchiment. J'emploie le perhydrol. Des mèches de coton plongées dans du perhydrol pur sont bourrées dans la chambre pulpaire séchée. Les tissus l'absorbent et il se produit une effervescence très prononcée. Comme avec le peroxyde de sodium, l'oxygène naissant est éliminé en présence des produits de dégénérescence qui s'oxydent, leur composition est modifiée et leur principe de coloration est détruit. Récemment le processus du blanchiment a été divisé en deux phases distinctes : l'une à haute pression, immédiate, tandis que le patient est dans le fauteuil opératoire ; l'autre plus lente à basse pression sous forme d'un pansement dans le temps qui s'écoule entre les visites.

Première phase : une petite boulette de coton plus petite que la cavité est plongée dans le perhydrol puis introduite bien à fond dans la cavité pulpaire. On bourre, puis une petite boulette de caoutchouc non vulcanisé, assez grosse pour remplir avec un léger excès l'espace qui reste, est bourrée dans la cavité par-dessus le coton. De la même manière que dans l'anesthésie à haute pression,

on emploie pour bourrer le caoutchouc et presser sur le peroxyde de sodium un brunissoir de la même taille que l'ouverture extérieure de la cavité. Si la cavité a été bien séchée et si l'on exerce une pression convenable à l'aide du brunissoir, on apercevra bientôt une grande amélioration dans la teinte de la dent. En pratique, une ou deux applications de perhydrol à haute pression est tout ce que l'on peut faire en une séance.

Passons à la seconde phase du traitement.

Après plusieurs expériences, le produit qui s'est révélé le plus satisfaisant est l'acétozone, ou benzoly-acetyl-peroxyde.

Pour l'application du pansement de blanchiment, on emploie trois godets : dans le premier est un mélange de chloroforme et d'alcool ; dans le second une solution d'acide sulfurique à 20 o/o, et dans la troisième une pâte formée de perhydrol et d'acétozone, car cette dernière substance ne peut pas être introduite dans la cavité à l'état sec. Le caoutchouc et le coton employés précédemment sont enlevés, la cavité est lavée à l'alcool et chloroforme pour enlever toute trace d'humidité et de graisse. L'alcool est évaporé à l'air chaud. L'intérieur de la cavité est humecté avec la solution d'acide sulfurique à 20 o/o (on pense en effet que le peroxyde se comporte mieux en présence d'acides faibles), la pâte d'acétozone-perhydrol à consistance assez épaisse est prise par petites portions avec une sonde et introduite dans la cavité, que l'on remplit ainsi aux 2/3. Une boulette de coton saisie par les précelles constitue un fouloir parfait pour enfoncer la pâte bien à fond.

En dernier lieu, on enfonce et on bourre dans la cavité par-dessus la pâte une petite boulette de caoutchouc.

Les deux phases du traitement sont continuées simultanément jusqu'à ce que la dent ait pris bonne couleur. Même après la première application, on peut noter une amélioration marquée. Puisque le sulfure de fer est l'agent producteur de la couleur noire, et puisque de toute évidence il n'est pas enlevé de la dent, mais simplement modifié, l'action oxydante de l'agent de blanchiment doit le convertir en un sel de fer incolore : le sulfure de fer anhydre.

Le traitement est ordinairement terminé après quelques séances. La grande question est de conserver le résultat obtenu.

Tant qu'il reste des débris dans les parties les plus éloignées des canalicules, il se peut que la décoloration se manisfeste de nouveau. Autant que possible, le contenu aura été enlevé par l'action saponifiante du peroxyde de soude, et dans les endroits inaccessibles, deux modes d'action se présentent. D'abord, interposer une barrière contre les canalicules les plus éloignés et leur contenu en obstruant les plus proches avec un vernis imperméable. Secondement, leur con-

tenu peut être coagulé d'une façon permanente et leur couleur modifiée peut être fixée. C'est cette dernière méthode que nous avons appliquée. La teinte étant satisfaisante, on enlève de la pulpe tous les pansements et les dents sont isolées pour le traitement final. L'intérieur est séché comme auparavant, la chambre pulpaire et le canal sont remplis avec un ciment à l'oxyphosphate légèrement coloré, combiné avec une certaine quantité de peroxyde de sodium. De cette façon, la portion de dentine décolorée est remplacée, et l'on évite la transparence de la dent. De plus, on assure ainsi une élimination lente d'oxygène qui maintiendra l'aspect de la dent et empêchera le retour de la coloration noire due au sulfure de fer.

Il est à remarquer que les dents dépourvues de pulpe qui sont traitées par le procédé du blanchiment, comme mesure de précaution, avant d'être obturées, ont échappé à la décoloration.

(British Dental Journal et Tabl. médic. mob.)

INFLUENCE DE L'ACIDE ARSÉNIEUX SUR LE TISSU PULPAIRE

Les recherches de Scheff sur ce sujet l'ont amené aux conclusions suivantes : L'action de l'acide arsénieux sur la pulpe consiste dans une hyperémie qui se déclare en quelques heures et qui est suivie d'une infiltration œdémateuse du tissu conjonctif de la pulpe. Le troisième et le quatrième jour les vaisseaux et les capillaires sont remplis au maximum ; le sixième jour il y a thrombose de tous les vaisseaux bordant la partie nécrosée. En même temps, des leucocytes polynucléaires émigrent dans le tissu pulpaire qui présente des signes d'une nécrose commençant au point d'application de l'arsenic et avançant graduellement. Même après 15 jours d'application arsenicale, la pulpe n'est pas complètement nécrosée, un processus de réparation, c'est-à-dire la prolifération du tissu conjonctif, ayant commencé à partir des portions centrales qui sont plus ou moins nettement séparées de la périphérie nécrosée par une paroi de leucocytes et de lymphocytes. L'acide arsénieux employé par M. Scheff était mélangé à de l'huile de menthe poivrée, cette pâte agissant de la même manière que l'acide arsénieux pur.

Toutefois, mélangé à d'autres substances, cet acide peut produire dans le tissu pulpaire des phénomènes différents de ceux-là.

(*Dent. Cosm.*, juin 1913.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 4 novembre 1913.

Présidences successives de M. Audy, président sortant, et de M. Jeay, président, élu.

(Suite et fin.)

III. — Modifications au gnathomètre. Présentation de l'appareil définitif, par M. Ruppe.

M. Ruppe donne lecture de sa communication. (V. *Odontologie* du 30 novembre 1913.)

Discussion.

Le président. — Ce sont des questions extrêmement délicates et complexes. Je crois qu'en priant M. Ruppe de nous faire une démonstration sur un patient de bonne volonté, il vous facilitera énormément la compréhension de son appareil.

Vous savez tous le grand intérêt qu'il y a à prendre ces mensurations en orthodontie.

Nous avons un moyen qui a été utilisé jusqu'ici : c'est le moulage et l'épreuve photographique, mais ce que nous présente M. Ruppe est infiniment plus exact.

M. Roy. — Les épreuves photographiques varient énormément.

Le président. — M. Ruppe serait bien aimable de nous dire la modification qu'il a apportée à son appareil.

M. Ruppe. — La première modification apportée à mon appareil supprime la prise d'empreinte, les autres donnent un ajustage plus exact du gnathomètre sur l'angle mandibulaire et de la toise sur le vertex.

Le président. — Vous pouvez avoir ainsi le dessin de la branche montante ?

M. Ruppe indique au tableau noir quelles sont les mesures qu'il est possible d'obtenir avec le gnathomètre et lit les deux observations publiées dans *L'Odontologie* du 1er avril.

M. Ruppe. — Avec le schéma nº 1 et les mesures qu'il donne, comparées aux moyennes, je suis arrivé à pouvoir affirmer que les incisives supérieures sont en place. Je trouve que

c'est là une chose intéressante, car, au lieu de commencer le traitement sans savoir à vrai dire ce que je devais faire, je pus, grâce au schéma, savoir que les incisives supérieures étaient en place et n'agir par conséquent que sur le maxillaire inférieur.

Le président. — Je crois que je serai l'interprète sincère de la Société en remerciant très vivement notre confrère M. Ruppe de nous montrer — comme tout à l'heure l'a fait M. Choquet — la voie de plus en plus scientifique dans laquelle nous devons engager notre profession.

Son appareil peut être utile en orthodontie et jusqu'ici nous n'avions que des moyens très relatifs, c'est-à-dire visuels comme la photographie, et le moulage de la face, qui est très ennuyeux et pour le patient et pour l'opérateur. De plus le moulage ne vous permet pas de comparer à plusieurs mois, à plusieurs années d'intervalles les résultats obtenus d'une façon aussi pratique, positive, définitive, que la juxtaposition de deux schémas obtenus par le procédé de M. Ruppe.

Nous devons remercier très sincèrement notre confrère de nous avoir apporté un instrument qui est peut-être encore modifiable, perfectible, mais qui réalise évidemment actuellement un très grand progrès.

M. Godon. — Je regrette de n'avoir pas assisté à la séance au cours de laquelle M. Ruppe a présenté son premier appareil. Je veux profiter de ce que je suis ici aujourd'hui pour joindre mes félicitations à celles de M. le président pour l'excellente communication que vient de nous faire M. Ruppe. Nous sommes en présence de travaux extrêmement sérieux, qui ont des applications que nous voyons surtout nous tous qui nous en sommes occupés et qui avons vu évoluer cette partie de notre profession depuis 25 ans de l'empirisme le plus complet vers des pratiques de plus en plus scientifiques. Mais chaque fois que nous avons fait un progrès et constaté combien nous étions précédemment dans l'erreur, nous avons mieux vu combien nous avions encore de progrès à faire. De même que lorsqu'on atteint un sommet en Suisse, on découvre de nouveaux sommets plus élevés encore, nous voyons tout ce qui nous manque pour arriver à la précision nécessaire pour cette science si particulièrement intéressante qu'est l'orthodontie et dont les applications sont journalières.

Nous avons été particulièrement heureux lorsque nous avons vu les principes d'Angle venir éclairer les points très obscurs de nos diagnostics et de nos traitements orthodontiques : les rapports des molaires supérieures et inférieures nous donnaient un excellent point de repère, ainsi que les rapports des canines.

On s'est rendu compte depuis que cela ne suffisait pas pour éta-

blir la position exacte des arcades dentaires, les travaux de M. Ruppe viennent montrer justement ce qui nous manquait.

Il ne suffit pas de se préoccuper de la position de la molaire, il faut voir quelle est la partie de la mâchoire qu'il faut reculer, quelle est celle qui est trop en avant. Il vous le montrait tout à l'heure par l'excellente observation qu'il vous a présentée.

Nous ne devons pas avoir la prétention non plus de refaire à tout le monde un profil grec et des lignes parfaitement régulières. Nous avons des profils de parisiennes qui sont fort jolis, quoique irréguliers, et nous avons tous vu quelquefois des parents venir nous dire : Mais, ma fille était plus jolie avant le traitement ! Vous avez agrandi ses arcades, vous lui avez fait une bouche énorme, si c'est très régulier, ce n'est pas beau !

Il est évident qu'après que nous aurons pris toutes nos mesures et que nous saurons tous la distance qu'il y a à diminuer, à augmenter, il faudra tenir compte de cette particularité du type de l'enfant qu'on nous présente et ne pas le déformer.

Ce qu'il y a d'important, c'est d'avoir des données scientifiques précises.

Voici un appareil qui nous permet d'en obtenir au moins quelques-unes. C'est pourquoi je tiens à féliciter M. Ruppe une fois de plus de l'excellente communication qu'il vient de nous faire.

M. Choquet. — Je m'associe aux remerciements que M. Godon ainsi que notre président viennent d'adresser à M. Ruppe pour son travail, seulement je veux me permettre de lui poser quelques questions. Si j'ai bien compris la figure qu'il a tracée au tableau noir, le point de départ de tout, c'est le trou auditif externe ?

M. Ruppe. — C'est en effet le point de repère.

M. Choquet. — Dans la circonstance actuelle, qui dit point de repère dit forcément point de départ de vos mensurations. Or, en vous basant sur ce trou auditif externe, que vous considérez comme devant *toujours* exister au même point, vous risquez fort d'avoir des différences tellement sensibles dans vos mensurations que vous arriverez à un échec.

En effet, le trou auditif externe sur des sujets différents, n'est autant dire jamais placé au même endroit et par conséquent n'est pas toujours situé sur le même plan que l'épine nasale antérieure. Il peut être plus en avant ou plus en arrière, plus haut ou plus bas.

D'un autre côté, quelle portion de l'épine nasale antérieure prenez-vous pour effectuer vos mensurations ? Sur le vivant, il est impossible de tomber exactement sur cette épine, prise au sens anatomique vrai. Ne voyez encore une fois dans mes observations que le désir de vous éviter des désillusions et un découragement

possible devant les différences de résultats que vous obtiendrez forcément suivant les sujets. C'est dans ce but que je me permets de vous poser encore une question.

Vous avez dit que vous traciez une ligne droite partant du trou auditif externe pour aboutir au bord incisif. Voulez-vous parler du bord libre de l'incisive centrale ?

M. Ruppe. — Oui, le bord incisif de l'incisive médiane supérieure.

M. Choquet. — C'est inadmissible, car, en laissant momentanément de côté la question protrusion et surtout la question abrasion du bord libre qui ne peut guère se rencontrer que chez les vieillards (et ce n'est pas chez ces derniers que nous ferons de l'orthopédie), vous voudrez bien admettre que la longueur de la couronne depuis le collet jusqu'au bord libre n'est jamais la même. Les minima et maxima que j'ai rencontrés dans mes recherches et signalés dans un travail antérieur sont respectivement de 7 et de 14 millimètres, soit du simple au double.

Je n'admets donc pas, pour ma part, le bord libre des incisives comme point de mensuration exact. De même, en ce qui concerne le triangle de Geoffroy Saint-Hilaire que vous préconisez pour établir vos mensurations, il y a mieux et le Dr Rivet, assistant au Museum, a publié en 1910 dans l'*Anthropologie*, un remarquable travail intitulé : « Recherches sur le Prognathisme » qu'il est non seulement utile mais indispensable de connaître en pareille circonstance si l'on veut parvenir à des résultats absolument précis.

Actuellement, en anthropologie, c'est la suture osseuse interincisive qui doit être admise.

Enfin, permettez-moi de vous faire remarquer que la suture naso-frontale variera, elle aussi, dans des proportions considérables comme situation, suivant les sujets, et que, par conséquent vous ne pourrez jamais établir des figures aussi précises, aussi mathématiques que celles que vous nous soumettez ce soir.

M. Ruppe. — Les diamètres auriculo-nasal et auriculo-incisif dont l'égalité est démontrée par de nombreuses mensurations prises sur des sujets normaux ont été trouvés par le Dr Frey et M. Marouzé.

M. Choquet. — C'est une affaire entendue, mais je vous répète une fois de plus, faites bien attention que le trou auditif externe ne sera pas toujours situé au même point, qu'il variera suivant les sujets. Enfin, quelle partie de ce trou auditif externe prenez-vous pour établir vos mesures ?

M. Ruppe. — Je prends le milieu du trou auditif externe.

L'emplacement du trou auditif externe peut être redressé dans le sens vertical ; en effet d'après les travaux de Paul Godin on peut savoir à quelle distance il doit se trouver du vertex, P. Godin ayant

établi des tables donnant les proportions du corps pendant la croissance. Ces tables m'ont permis dans l'observation 2 que je vous ai lue tout à l'heure de diagnostiquer un déplacement du trou auditif externe.

M. Choquet. — Vous avez cru comprendre qu'il y avait un trou auditif qui avait dû changer de place.

M. Ruppe. — Qui s'était abaissé.

M. Choquet. — A la suite du traitement ?

M. Ruppe. — Il s'était abaissé à la suite d'accidents osseux.

M. Choquet. — C'est impossible. Si vous considérez le trou auditif externe comme la base de tout votre travail, il est inadmissible et il y a d'autres raisons, que je n'ai pas besoin d'énumérer, pour que ce trou auditif puisse s'abaisser ou s'élever à volonté au cours du traitement.

Je me résume en faisant toucher du doigt à M. Ruppe les points que je considère comme sujets à discussion dans son travail.

1° Le trou auditif externe ne sera pas toujours placé au même endroit, d'où variation dans la longueur de la ligne droite qui est tracée de ce point pour aboutir à l'épine nasale antérieure ;

2° Le vertex ne sera pas toujours placé juste au-dessus du trou auditif et il faut tenir compte en outre de la hauteur du crâne des sujets, hauteur qui pourra varier dans des proportions considérables ;

3° La suture naso-frontale variera elle aussi suivant les sujets ;

4° Le bord libre des incisives, qui est bien reconnu point de départ, n'est pas acceptable, car ces dents varient comme longueur de couronne. Les deux derniers cas impliquent *forcément* la construction d'angles inégaux et non pas égaux comme l'avance M. Ruppe. Encore une fois je reconnais l'effort considérable donné par M. Ruppe et je le félicite très sincèrement de l'ingéniosité de son appareil, mais, à mon avis, on ne pourra jamais obtenir que des indications et non des précisions mathématiques, ainsi qu'il semble découler de la communication qui nous est présentée.

M. Ruppe. — M. Choquet me dit que le vertex n'est pas toujours au-dessus du trou auditif. Je le sais. C'est moi qui le place ainsi sur le schéma pour la facilité des calculs et c'est pourquoi j'ai adjoint à mon appareil cette petite glissière qui me donne l'emplacement exact du vertex. Mon but n'est pas d'astreindre mes confrères à faire toutes ces mensurations. Je veux arriver à établir des schémas transparents qu'il suffirait d'apposer au schéma à étudier pour faire immédiatement un diagnostic.

M. Choquet. — Je me rends parfaitement compte de la somme de travail que ces recherches-là vous ont demandée. Je me place, moi aussi, au point de vue anthropologique et je vous dis : faites attention à votre point de départ.

Je vous adresse à nouveau mes compliments, pour votre très intéressante communication.

M. Ruppe. — Je remercie M. Choquet de ses félicitations, mais je ne voudrais pas clore cette discussion sans lui dire que pour nous dentistes le bord libre des incisives supérieures est autrement important que le point alvéolaire et que ce point pour nous est faux puisqu'il peut être plus ou moins distant du plan de Camper suivant la longueur des couronnes des incisives supérieures.

Le président. — Ce qui nous intéresse, c'est la face articulaire des dents et par conséquent le bord incisif.

M. Choquet. — En anthropologie, dans les mensurations des diverses parties du crâne, on ne s'attache qu'aux portions osseuses vraies et dans l'étude de la longueur du maxillaire supérieur, par exemple cette longueur est établie, non à partir du bord libre des incisives comme vous voulez l'établir, à cause de la différence de longueur de la couronne et de la protrusion plus ou moins accentuée des dents, mais bien à partir du bord osseux correspondant à la face mésiale des incisives centrales.

M. Ruppe. — Nous ne pouvons sur le vivant faire d'anthropologie pure et vous savez bien que l'angle facial admis en anthropologie ne peut pas être pris sur le vivant, le seul qu'il soit possible de prendre sur le vivant est l'angle de Geoffroy Saint-Hilaire.

Le président. — Nous devons remercier M. Choquet et M. Ruppe de nous avoir donné des explications intéressantes.

M. Georges Villain. — Tout à l'heure M. Godon a fait remarquer l'insuffisance des indications que nous avons en orthopédie, même après les travaux d'Angle.

A Berlin, je me suis élevé contre la base de la classification d'Angle qui est la position des dents de six ans supérieures.

La communication de M. Ruppe vous aura rappelé ces discussions ; elle nous permet d'envisager la possibilité de prouver irréfutablement que souvent la dent de 6 ans supérieure subit des déplacements, peut-être plus souvent que la dent de 6 ans inférieure.

Ce qu'il y a de très intéressant dans l'appareil de Ruppe, c'est non pas le fait qu'il nous donne des mensurations exactes — il s'étend beaucoup sur ces mensurations exactes et il soulève tout de suite les critiques des anthropologistes — ce que nous devons rechercher surtout, c'est à avoir des indications précises sur les rapports des diverses parties de la face et du système dentaire avant de commencer notre traitement. La photographie est un moyen susceptible d'erreurs parce qu'il y a des questions de lumière et de position du malade qui interviennent. Voilà 10 ans que j'essaie avec la photographie d'obtenir la reproduction du cas de mon malade avant et après le traitement et de superposer mes

photographies, mais les résultats sont médiocres. Avec les agrandissements je n'ai jamais obtenu ce que je désirais, ils ne sont jamais à l'échelle et vous constatez des différences minimum d'un millimètre, ce qui est beaucoup trop.

L'appareil de Ruppe nous permet d'avoir des profils exacts du malade avant et après le traitement, et, en même temps qu'il nous donne la ligne, les contours du visage, il nous indique la situation précise des dents par rapport au profil et aux divers organes qui le constituent.

En dehors de toutes espèces de mensurations, ne serait-ce que pour ses rapports, c'est un appareil que je considère comme tout à fait utile pour nous maintenant. Nous avons besoin d'un appareil de précision et cet appareil-là nous permet de dire s'il y a prognathisme, s'il est supérieur ou s'il est inférieur, si, au lieu d'un prognathisme, vous n'avez pas un arrêt dans le développement du maxillaire opposé, etc.

Précédemment nous pouvions nous faire une opinion dans bien des cas, mais dans certains autres il était impossible ou presque impossible de le faire. Maintenant nous aurons des indications plus précises.

Quant aux mensurations millimétriques, je trouve que M. Ruppe — et ce n'est pas une critique que je lui adresse, c'est de la discussion pure — exagère leur utilité pratique, il aurait dû les réserver à l'anthropologie, où peut-être on pourra s'en servir, mais je suis d'avis que pour nous ces mensurations-là ne sont même pas applicables. Prendre la moyenne d'après l'angle de Bicêtre, par exemple, c'est faux, si l'on n'admet pas une grande marge de variations. Nous ne devons pas travailler sur des moyennes d'angles. Nous devons savoir quels sont les rapports des organes, mais nous ne devons pas agir d'après les mesures de ces organes, un angle pouvant varier de 1 à 15° sans qu'on puisse signaler une anomalie. Si l'on peut et doit créer des angles destinés à nous guider dans le diagnostic, ce serait une erreur grave de vouloir donner la même mesure à cet angle pour tous les êtres.

Voilà donc un appareil de toute utilité pour nous dans la recherche des rapports nouveaux ; mais quant aux mensurations millimétriques généralisées, pour ma part je les rejette complètement.

Lorsque je vous ai fait une communication sur l'esthétique, il y a trois ans, je vous disais : Gardons-nous bien de prendre un type de facies. Ce qu'on peut appeler de la laideur chez les uns est un caractère de beauté chez les autres. Je crois qu'il faut surtout nous cantonner dans les rapports précis que l'appareil peut nous donner et qui sont extrêmement utiles. En orthopédie dentaire les indications de rapports que nous obtiendrons avec cet appa-

reil peuvent être considérées comme une base de diagnostic. Il est impossible de prendre le point alvéolaire des anthropologistes, car le tissu alvéolaire se déplace, se résorbe après l'extraction des dents et il peut se résorber aussi avant l'extraction par suite de l'état pyorrhéique.

M. Choquet. — Vous me dites que je me place pour établir mes observations au point de vue anthropologique, soit, et vous avez absolument raison, car je suis convaincu que des mensurations qui sont admises dans le monde entier à la suite de milliers et de milliers d'observations pour l'étude du prognathisme sont les seules capables de nous donner des résultats précis.

M. Georges Villain. — Nous ne travaillons nous que sur des cas pathologiques. Même si les mensurations étaient tout à fait différentes, même si les rapports obtenus par des mensurations à l'aide d'un appareil très précis étaient faux, ce que je regarderais avant tout c'est où se trouve la portion de la couronne des dents visibles lorsque mon malade sourit ; ce que je voudrais voir c'est si les dents sont trop hautes ou trop basses, car je cherche à les placer dans un plan et sur une ligne qui permette l'harmonie du facies de manière à donner un sourire agréable à mon malade.

Nous pouvons nous servir d'un appareil pour nous guider dans le traitement, mais nous ne devons pas prendre à la lettre des mensurations.

M. Choquet. — Je ne sais si je me suis bien fait comprendre au point de vue de la longueur des dents. J'ai voulu dire « longueur des couronnes ».

Le président. — Pour terminer cette discussion extrêmement intéressante, nous devons remercier M. Ruppe de nous avoir apporté un appareil qui est un grand progrès, car il nous permettra des mensurations très exactes des rapports des dents par rapport au crâne. Nous le remercions de nous avoir apporté un précieux élément de diagnostic.

IV. — Modification a la pompe a salive, par M. Henri Villain

M. Henri Villain donne lecture d'une communication sur ce sujet (V. *Odontologie* du 30 nov. 1913) et remet à chacun des membres présents un spécimen de sa nouvelle pompe à salive en celluloïd.

Le président. — Nous remercions M. Henri Villain d'avoir complété notre arsenal professionnel d'un accessoire aussi ingénieux et aussi pratique.

La séance est levée à 11 h. 10.

Le secrétaire général: R. Lemière.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

SESSION DE LA HAYE, 1913.

(Suite.)

CONSEIL EXÉCUTIF

Séance du 29 août après-midi.

Présidence de M. PATERSON.

Le Conseil examine les sujets qui seront mis en discussion dans les dix sections du Congrès ; plusieurs noms sont proposés pour les rapporteurs ou les orateurs devant prendre part aux débats.

Remercîments de M. Brophy.

M. Brophy : « Je désire exprimer plus publiquement que les circonstances ne m'ont permis de le faire ma reconnaissance de la manifestation de mes honorés collègues de la F. D. I. lors du banquet que mes amis ont jugé à propos de m'offrir sous les auspices de la Société dentaire de Chicago. De toutes les marques de gratitude pour ce que j'ai pu faire dans ma vie dans la profession et pour la profession, aucune ne m'a touché plus profondément que la magnifique adresse décorée qui m'a été offerte par le Bureau de la F. D. I. Le peu que j'ai pu faire pour la cause de la F. D. I. je l'ai fait de tout mon cœur et je puis dire en toute sincérité que j'ai travaillé pour elle dans ses heures les plus difficiles et, quand elle semblait tenir à un fil, j'ai été loyal envers elle. Je considère le témoignage qui était si bien exprimé moins comme une récompense pour ce que j'ai fait que pour me montrer que je me suis efforcé fidèlement de faire de mon mieux pour aider à l'œuvre de la profession. Du fond de mon cœur je vous remercie ».

L'espagnol langue officielle.

M. Aguilar demande que l'espagnol soit une des langues officielles du Congrès de Londres, 1914, comme il l'a été dans les précédents Congrès. Cela a été décidé à Londres en 1911 et il est très surpris de voir que l'on est revenu sur la décision.

Le président. — Le règlement de la F. D. I. ne lie pas le Comité d'organisation du Congrès.

M. Aguilar n'est pas de cet avis. Bien plus, le règlement du Prix Miller a été imprimé en espagnol. Il tient à faire remarquer que les peuples parlant espagnol représentent 80 millions d'habitants en y comprenant l'Espagne, la République Argentine, Cuba, le Chili, le Pérou, le Venezuela. D'autre part, ils ont été les premiers à envoyer des représentants officiels à la F. D. I. et les écoles et journaux dentaires espagnols sont beaucoup plus nombreux que les écoles et journaux français. Il espère qu'il sera décidé, comme auparavant, que l'espagnol sera une des langues officielles du Congrès.

M. Godon appuie la proposition.

Le président. — Si vous me présentez la chose comme une obligation, je ne partage pas votre opinion, bien que je reconnaisse la force de vos arguments. Je ferai part au Comité d'organisation de la demande de M. Aguilar dans l'espoir que le Comité admettra l'espagnol. La seule difficulté est la dépense.

M. Aguilar remercie le président, mais prétend avoir le droit de son côté, car la question a été tranchée auparavant.

M. Schäffer-Stuckert. — Nous avons eu une discussion semblable avant le Congrès de Berlin, où l'espagnol était une langue officielle et nous avons imprimé les remarques des membres espagnols dans leur propre langue.

M. Aguilar propose que la F. D. I. émette l'avis que l'espagnol soit une des langues officielles du prochain Congrès.

MM. Subirana et *Huet* appuient la proposition, qui est adoptée.

Le président se charge d'en informer le Comité d'organisation.

Rapport du Trésorier.

M. Harrison fait connaître que les commissaires ont vérifié les comptes du trésorier et le bilan et les ont trouvés exacts. Un certain nombre de cotisations sont en retard ; un délégué en doit 6, d'autres 5, d'autres 3. Il y a lieu d'examiner les modifications à apporter au règlement à cet égard. Ils sont d'avis que les associations nationales doivent faire de plus grands efforts pour augmenter le nombre des membres.

Sur la proposition du *président,* le rapport des Commissaires vérificateurs est approuvé, avec des remercîments pour M. Rosenthal.

Les comptes du trésorier se résument ainsi :

Recettes	5.689 fr. 60
Dépenses.....................	4.037 fr. 65
Reste............	1.651 fr. 95

Avoir de la F. D. I. au 1er août 1913.

En banque au 1er août 1912......		6.464 fr. 15	
Reste au 1er août 1913..........		1.651 fr. 95	8.116 fr. 10
Intérêts...........	54,30		
Frais de banque....	3,20		51 fr. 10
Total....................			8.167 fr. 20

COMMISSION D'HYGIÈNE

Séance du 28 août 1913.

Présidence de M. Jessen, président.

Le président s'exprime ainsi : « Permettez-moi de vous présenter de cordiales salutations à notre session de cette année. J'ai un plaisir particulier à souhaiter la bienvenue à notre premier président, M. Jenkins.

» A la dernière session je vous ai exposé sommairement la tâche et le but de la Commission et hier j'ai esquissé les progrès de notre mouvement dans divers pays. Les détails vous seront donnés par M. Lenhardtson, notre secrétaire, dans son rapport. Aujourd'hui je dois me limiter à vous faire connaître quelques faits.

» Nous avons eu le plaisir de pouvoir nommer notre honoré collègue M. Brophy, de Chicago, président d'honneur de notre Commission à l'occasion de la fête que ses confrères américains ont organisée en son honneur le 1er février 1913. Nous devons à cet égard exprimer notre gratitude au Dr Brophy pour le vif intérêt qu'il a toujours témoigné à nos efforts et exprimer l'espoir que nous aurons son précieux appui pendant longtemps encore.

» J'ai à vous annoncer que M. Sedley Tailor, membre du Trinity College et M. Brooks, rédacteur en chef du *Cambridge Daily News*, ont été nommés membres d'honneur de notre Commission, car tous deux ont fait beaucoup, avec notre président honoraire, M. Cunningham, pour la clinique dentaire scolaire de Cambridge et ont témoigné le plus grand intérêt à nos travaux, quoiqu'ils n'appartiennent pas à notre profession. Des propositions en vue d'autres nominations vont vous être faites.

» J'ai un triste devoir à remplir en vous annonçant la mort d'un pionnier de l'hygiène dentaire, le Dr Haderup, de Copenhague, que sa longue maladie a malheureusement empêché de prendre

part au Congrès de Berlin et de jouir du fruit de son travail et de son activité. Nous honorerons toujours sa mémoire comme celle d'un charmant confrère. »

Rapport du secrétaire.

M. Albin Lenhardtson donne lecture du rapport suivant :

« L'année écoulée a été marquée par un redoublement d'intérêt de la part des autorités publiques pour l'importance de l'hygiène dentaire. Maintenant que l'intérêt est éveillé, je pense que nous devons nous efforcer d'arriver à la solution de bien des difficultés concernant les cliniques dentaires scolaires et militaires. Ces autorités peuvent prochainement nous demander une réponse définitive sur bien des points relatifs à l'organisation et au fonctionnement des cliniques, aux honoraires à payer, au traitement gratuit, à l'emploi de praticiens se consacrant uniquement à ces cliniques, etc. Il y a un grand nombre de questions importantes de ce genre que nous n'avons pas encore étudiées suffisamment et qui doivent être discutées à fond avant que le mouvement d'hygiène dentaire ait pris une forme définitive.

» Quant aux progrès pendant l'année écoulée, j'ai reçu des rapports plus ou moins détaillés d'Amérique, d'Angleterre, d'Autriche, de Belgique, de Finlande, de France, de Hollande, d'Italie, du Luxembourg, de Norvège, de Suisse et de Suède. Je désire vivement faire de la Commission d'hygiène un bureau central de renseignements sur la matière, comme cela fut proposé au Congrès de Berlin.

» En Allemagne il existe maintenant plus de 200 cliniques dentaires scolaires. Grâce aux efforts du prof. Walkhoff, il a été déployé beaucoup d'activité en Bavière. Le Prof. Kirschner, avec lequel j'ai eu une conférence l'automne dernier, a témoigné un vif intérêt à la propagande en faveur de l'hygiène dentaire. A mon avis il est très important que le Comité national allemand d'hygiène dentaire ait réussi à intéresser les autorités scolaires supérieures à ce mouvement.

» En Amérique, principalement en raison des travaux pleins d'abnégation de M. Ebersole, une campagne énergique a été menée. M. Wheeler signale ce qui suit touchant l'Etat et la ville de New-York ; quatre conférenciers ont été attachés au service de l'hygiène de l'Etat, l'organisateur, M. W. A. White, de Phelps, consacrant tout son temps à sa tâche et recevant 15.000 francs d'appointements par an. Dix dentistes, aux appointements de 6.000 francs par an chacun, sont chargés du traitement des dents des enfants des écoles et deux autres, payés de même, sont chargés des patients tuberculeux et de leur fournir des dentiers quand

ceux-ci en ont besoin. Au Congrès international d'hygiène et de démographie tenu à Washington en septembre 1912, des communications ont été faites par MM. Cohn (Berlin), Knop (New-York), Ebersole et H. Potter (Boston), sur le traitement des dents des enfants des écoles, et ce sujet a été également illustré par des modèles et des diagrammes à l'Exposition du Congrès. Aux Etats-Unis comme en Angleterre, il n'existe aucune uniformité dans le contrôle ni dans l'organisation des cliniques dentaires, qui sont alimentées par les ressources de l'Etat ou de la municipalité ou des particuliers. Il est satisfaisant de voir la générosité du public à cet égard.

» En Grande-Bretagne, grâce à un crédit budgétaire de 1.500.000 francs pour le traitement médical et dentaire dans les écoles primaires, les autorités scolaires ont pu organiser des cliniques dentaires où des praticiens sont occupés d'une façon continue ou discontinue. A Londres c'est le système de la discontinuité qui a été adopté en général, la rémunération étant de 1.250 francs par an par praticien pour une demi-journée de 2 h. 1/2 par semaine ; chaque dentiste doit traiter en moyenne dix nouveaux cas pendant ce temps. Londres compte actuellement 13 centres de traitement dentaire et en comptera 20 à la fin de l'année. L'Association dentaire britannique a demandé que le minimum d'appointements des dentistes scolaires donnant tout leur temps soit de 6.250 francs au début. Dans les provinces beaucoup de commissions d'enseignement locales ont organisé ou projettent d'organiser des cliniques dentaires. Dans le comté de Montgommery (Pays de Galles), deux dentistes donnant tout leur temps vont être nommés, l'un pour les districts urbains, l'autre pour les districts ruraux du comté, chacun à raison de 6.250 francs avec frais de voyage et dépenses payés. Le dentiste rural ira d'une école à l'autre avec un fourgon garni de tout le matériel opératoire. Les parents payent 0 fr. 60 par enfant traité et par an ; mais les nécessiteux seront traités gratuitement. Le représentant du Comité au Parlement a offert 6.250 francs pour permettre de réaliser ce projet et le ministère de l'Instruction publique couvrira environ 50 0/0 des frais. Dans le comté de Dorset une femme dentiste a été nommée, avec 6.250 francs par an, pour consacrer tout son temps aux écoles. La ville de Cambridge a nommé un 2e dentiste qui donne tout son temps. A Belfast (Irlande) six dentistes donnent des soins gratuitement à tour de rôle à la clinique dentaire établie dans cette ville depuis avril. Le chef du service médical local disait récemment : « Nous devons insister pour le traitement aussi bien que pour l'inspection ; car il n'y a pas de distinction entre la prévention et le traitement. Les dentistes scolaires ont à assurer une

partie importante du Service de santé publique, importance qui sera de plus en plus démontrée à mesure que le temps marchera ». Le chef du service médical au Ministère de l'Instruction publique donne au traitement dentaire une place proéminente dans son rapport annuel et il est hors de doute que des progrès constants sont réalisés.

» En Autriche la Société d'encouragement au traitement dentaire compte 1.100 membres et a réussi à intéresser beaucoup de personnes influentes, principalement des professeurs. Une preuve c'est la création d'une clinique dentaire à l'école normale de Troppau, création projetée dans d'autres écoles. C'est là un excellent moyen d'instruire les jeunes instituteurs en matière d'hygiène buccale. L'année dernière une 2e clinique dentaire scolaire a été ouverte à Vienne. La Société, qui reçoit une subvention de 6.888 francs de l'Etat et de la municipalité, supporte la plus grande partie des dépenses de ces cliniques. Comme ses ressources sont insuffisantes, elle a obtenu l'autorisation d'organiser une loterie.

» En Belgique les grandes villes, Bruxelles particulièrement, ont organisé le traitement dentaire dans les écoles, limité à l'inspection et à l'extraction. Il en est de même dans l'armée. Cependant l'attention des autorités a été attirée sur la question et l'on escompte à bref délai de meilleurs résultats.

» En France, grâce aux efforts du Comité national français d'hygiène dentaire, le traitement dentaire gratuit est assuré aux enfants des écoles primaires du 8e arrondissement de Paris. Quatre dentistes donnent leurs soins chaque jeudi matin dans un dispensaire prêté par l'Assistance publique. Les enfants présentent une fiche, du modèle de celle qui est en usage à l'Ecole dentaire de Paris et qui a été adoptée par le Ministre de l'Instruction publique en mars 1908. Après inspection le dentiste signale l'état des dents de l'enfant et les opérations urgentes sont exécutées avec le consentement des parents. On prévoit l'organisation de dispensaires semblables dans les autres arrondissements. Il n'est que juste de dire que cette expérience est due principalement au Dr Godon, maire-adjoint du 8e arrondissement. M. Raymond Lemière, secrétaire du Comité, a fait des conférences devant l'Association de la Croix rouge. Le président, M. M. Roy, a, avec l'autorisation du Comité, envoyé au ministre de la Guerre un rapport sur les améliorations qu'exige le service dentaire établi par le ministre de la Guerre en octobre 1907. Le Comité a également envoyé aux syndicats généraux du Commerce et de l'Industrie une circulaire signalant l'importance de l'hygiène dentaire au point de vue économique et social et citant des paroles du Prof. Jessen.

» En Finlande la Société d'encouragement de l'hygiène dentaire

a distribué à 90.000 écoliers une notice sommaire sur les soins des dents.

» En Hollande M. Van der Hœven ne signale rien de particulier pour l'année écoulée.

» En Italie, M. Guerini ne signale rien non plus.

» A Luxembourg l'hôpital d'Etat assure le traitement dentaire aux enfants.

» En Norvège la Société norvégienne s'est occupée récemment de la propagande. En raison de la dissémination de la population elle dresse un projet de clinique dentaire nomade. Il existe des cliniques dentaires scolaires dans 10 villes.

» En Suisse la clinique de Lucerne rend de grands services.

» En Suède il existe maintenant environ 40 cliniques dentaires scolaires. A Stockholm et à Gothenbourg les autorités ont décidé d'organiser la dentisterie conservatrice systématique pour tous les enfants des écoles primaires. Une preuve de l'intérêt que les autorités attachent à cette question a été donnée par le Parlement cette année. L'Association nationale suédoise d'encouragement de l'hygiène buccale et la Fédération dentaire suédoise avaient demandé au Gouvernement de nommer une Commission pour étudier l'organisation de services dentaires publics. Malgré l'opposition du Conseil médical royal, le Gouvernement était disposé à nommer cette Commission l'automne dernier, mais un retard s'est produit. Le Parlement avait renvoyé la question à un Comité et, conformément à sa décision, la Chambre pria le Gouvernement d'examiner et de lui indiquer comment le traitement dentaire pouvait le mieux s'organiser. En conséquence le ministère de l'Intérieur m'a consulté et a conclu que le moment est venu de faire entrer un dentiste au Conseil médical royal. On doit donc admettre que l'hostilité médicale a donné de bons résultats. Le plan d'études des écoles normales comprendra l'enseignement de l'hygiène buccale.»

(A suivre.)

CONGRÈS DU HAVRE, 1914.

La Fédération dentaire nationale a adressé aux Sociétés adhérentes la circulaire suivante :

Fédération dentaire nationale.

Paris le 22 décembre 1913.

Monsieur le président et cher confrère,

Le Congrès annuel de l'Association française pour l'avancement des sciences, qui comprend, comme vous le savez, une section d'odontologie, aura lieu en 1914, au commencement d'août, au Havre. Le Conseil d'administration de cette Association a exprimé le vœu, dans une de ses dernières séances, que la réunion de la section d'odontologie revêtit, comme celle des autres sections, le caractère d'un véritable congrès dentaire annuel.

Le désir du Conseil de l'Association française correspond pleinement aux idées du bureau de la Fédération dentaire nationale à cet égard.

Il importe, en effet, que, comme toutes les sciences, l'odontologie tienne un congrès annuel où puissent être portées toutes les questions d'ordre scientifique, d'ordre professionnel, théoriques ou pratiques, du domaine du chirurgien-dentiste. C'est dans les assemblées périodiques de ce genre que peuvent être abordés avec fruit les problèmes de toute nature et discutés les intérêts généraux de la profession.

Nous avons la bonne fortune que, grâce au fonctionnement parfait de l'Association française, l'organisation matérielle de ces congrès annuels se trouve toute préparée. Ce serait donc commettre une faute préjudiciable au progrès de l'art dentaire et à la situation morale des odontologistes que de ne pas profiter de cet avantage si appréciable.

Aussi ne saurions-nous trop vous engager à faire appel aux membres de votre Société pour qu'ils aillent au Havre prendre part à cette réunion professionnelle, pour laquelle du reste, son président, M. le Dr Achille Audy, vous adressera prochainement une circulaire spéciale.

Vous voudrez bien les inviter en même temps à y présenter les travaux soit d'un caractère scientifique, soit d'un caractère technique, qu'ils croiraient de nature à intéresser leurs confrères. Les perfectionnements et les inventions utiles à notre art doivent également figurer au nombre des communications ou présentations à faire dans cette réunion.

Ajoutons que la Fédération dentaire nationale profitera de cette réunion du Havre pour tenir une session de plusieurs séances qui seront consacrées à l'examen et à la discussion de questions d'intérêts professionnels et à l'ordre du jour de notre corporation et qui concernent son évolution.

Le profit moral qu'on retire des congrès n'a pas besoin d'être démontré ; mais ce profit semble réservé à un petit nombre de praticiens et dédaigné par les autres, car, du moins en ce qui concerne les Français, ce sont toujours à peu près les mêmes personnalités qui assistent à ces réunions. Les autres s'abstiennent d'y paraître, semblant se désintéresser de ce qui s'y passe. C'est là de leur part plus qu'une erreur, contre laquelle nous ne saurions trop nous élever, et que les abstentionnistes seront les premiers à reconnaître s'ils se décident à se départir de l'isolement dans lequel ils s'enferment.

Nous nous plaisons à espérer que notre appel sera entendu et que les membres de votre Société tiendront à se grouper très nombreux au Congrès du Havre, dans la section d'odontologie, présidée par notre confrère, M. Achille Audy, de Senlis.

Veuillez agréer, etc.

Le président : A. BLATTER. *Le secrétaire général :* HENRI VILLAIN.

CONGRÈS DU PANAMA-PACIFIQUE (1915)

Le Comité exécutif français du Congrès du Panama-Pacifique s'associe à l'appel adressé par la F. D. N. en faveur de ce Congrès, remercie la Fédération de son appui et insiste vivement auprès des confrères français pour qu'ils participent soit par leur présence, soit par leurs travaux, à ce congrès, où la science odontologique française se doit d'être représentée dignement.

Le Comité se tient à la disposition de tous les confrères qui désireraient avoir des renseignements au sujet de cette importante réunion.

GODON, BLATTER, PONT, ROY, G. VILLAIN.

HYGIÈNE

Nous lisons dans l' « Eclaireur de Nice » *l'article suivant de notre confrère M. Fabret, que nous reproduisons avec plaisir :*

Le bon pain blanc.

Encore une erreur du populaire qu'il faut signaler !

J'en demande pardon aux minotiers, mais il s'agit de la santé publique !

Et puis, ils n'auront qu'à changer de système et leurs bénéfices ne pourront qu'augmenter.

Le bon pain blanc est... très mauvais.

Il ne fait que flatter hypocritement nos palais délicats et gourmands.

Il ne vaut rien, parce qu'on a éliminé, en raffinant la farine, tous les principes nécessaires réclamés par le sang pour assurer une nutrition parfaite.

Le pain blanc est fait avec de la fleur de farine, mais il ne fournit à l'organisme que de l'amidon et de l'eau.

Le pain complet, au contraire, est un pain dans la composition duquel entrent de la farine brute, du rebutet, du son.

Le rebutet ou petit son contient des phosphates nécessaires aux jeunes mamans, aux nourrices, aux enfants ; des matières grasses, des substances azotées qui sont indispensables à l'ouvrier, à l'homme de sport, à tous ceux qui se dépensent.

Que fait-on du son ?

On en engraisse les volailles, le bétail.

Qu'on les engraisse avec d'autres produits et qu'on nous rende le son qui contient des principes essentiels.

On dit que le pain complet est d'une digestion difficile.

C'est qu'on ne sait pas le manger. Réduisez-le en une bouillie liquide en le mastiquant longuement, vous serez surpris de lui trouver un goût exquis, supérieur au pain blanc et vous le digérerez facilement.

Il y a encore un autre avantage. Le son contient des matières azotées, des phosphates, des graisses ; mais ces substances sont contenues dans des cellules à parois épaisses qui ne se laissent pas pénétrer par les sucs digestifs.

Mais, en mastiquant longuement le pain, vous broyez toutes ces cellules et la salive et les sucs divers rendront assimilables les principes qu'elles contiennent.

Demandez à votre boulanger du pain complet : il y trouvera son compte et vous aussi.

F. FABRET.

Soins dentaires scolaires.

Il a été inscrit au budget de l'instruction publique de l'Irlande une somme de 125.000 francs pour l'inspection dentaire scolaire. La contribution de l'Etat sera, sur cette somme, de 25 francs par 25 francs de contribution locale pour le montant de la dépense.

(*Dental Record.*)

Le père de l'hygiène buccale.

D'après la brochure publiée récemment par la Société des dentistes scolaires (Angleterre), l'honneur d'avoir été le premier à préconiser l'hygiène buccale appartient à M. W. Mac Pherson Fisher, de Dundee.

Aux congrès annuels de l'Association dentaire britannique tenus à Cambridge en 1885 et à Londres en 1886, il fit une communication sur l'*inspection obligatoire des dents des écoliers* dans laquelle il demandait que la bouche de chaque enfant fût examinée et traitée à son entrée à l'école, puis au moins une fois par an, par un dentiste.

Sur son instigation une campagne fut commencée pour éclairer le public et un examen collectif fut entrepris dans le pays.

(*Dent. Record*, juin 1913.)

Exemples à suivre.

Le *Royal Dental Hospital* de Londres a reçu un don de 10.000 fr. des administrateurs de la Fondation charitable Smith, un don de 260 francs de la Cie Skinner, et un don de 520 francs de M. Arthur Michael Samuel, exécuteur testamentaire de feu Mme Sarah Lietch.

(*Dent. Rec.*, juin 1913.)

Soins dentaires dans l'armée allemande.

On se rappelle qu'il a été créé dès 1903 dans l'armée allemande, dans les grands hôpitaux de garnison des sections dentaires dans lesquelles le traitement est assuré par un médecin du Service de santé possédant le titre de chirurgien-dentiste ou, à son défaut, par un chirurgien-dentiste civil avec lequel un traité est passé.

Lorsque le chirurgien-dentiste civil fait lui-même défaut, les

patients sont conduits dans une autre localité où les soins peuvent leur être donnés.

Cette organisation existe actuellement dans tous les corps d'armée, sauf quatre, où elle est en voie d'exécution en ce moment.

Ajoutons que, pour avoir le nombre voulu de médecins militaires possédant le diplôme de chirurgien-dentiste, le Service de santé détache dans les universités des médecins pour y faire les études nécessaires. L'Administration recourt aussi aux volontaires d'un an pourvus du diplôme de chirurgien-dentiste.

Les soins sont gratuits pour les sous-officiers et soldats. En 1910-1911 le nombre des militaires traités a été de 30.000, et il a été confectionné 2.500 appareils de prothèse.

(*Kölnische Zeitung*, 12 décembre et *Leipziger Tageblatt*, 14 décembre 1913.)

BIBLIOGRAPHIE

L'EXPLORATION RADIOGRAPHIQUE DE LA DENTITION[1]

Par le Dr Foveau de Courmelles.

1° *Méthode intra-buccale.* — Ce procédé consiste à introduire une plaque sensible entre les arcades dentaires et à obtenir une projection horizontale de la dent. Un faisceau de rayons X tombant sur la plaque avec une incidence de 45° donne une image, grandeur naturelle, de la dent, celle-ci étant perpendiculaire au plan de la plaque. En pratique, suivant les individus, l'orientation de la dent par rapport à la plaque est variable. Aussi, même en employant toujours une incidence à 45°, il est impossible d'obtenir régulièrement une image en vraie grandeur de la dent étudiée. Tantôt l'image est plus grande, tantôt elle est plus petite. Ce procédé ne permet pas de faire des mensurations exactes. Celles-ci, la plupart du temps, ne sont pas nécessaires. Par contre, il laisse étudier admirablement la morphologie, les rapports d'une dent, soit avec ses voisines, soit avec le maxillaire. Cette méthode n'est pas universelle, elle ne laisse pas étudier toutes les dents. En effet, la plaque intra-buccale, placée entre les maxillaires, butte contre les branches montantes du maxillaire inférieur et ne pénètre pas assez loin pour recevoir l'ombre portée de la dent de sagesse. Pour l'examen des dernières molaires par la méthode intra-buccale, il est préférable d'employer de petites plaques 3×3 que l'on applique contre la face interne du maxillaire. De même pour le maxillaire inférieur, il est souvent plus commode d'avoir recours soit à ce dernier procédé, soit à une autre méthode que nous allons décrire.

---

1. Extrait de la 14e *Année électrique* du Dr Foveau de Courmelles, dont voic de bonnes pages. *Les éléments de Radiologie*, diagnostic et thérapeutique par les rayons X, du Dr E. Albert Weill, beau livre tout récent (F. Alcan, éd.), donnent sur cette question et celle qui suivent toute la clarté voulue. Nous en recommandons vivement la lecture. — A propos de radiographie dentaire rappelons le livre *Electrothérapie dentaire* préfacé par le Dr Ch. Godon, les communications de Foveau de Courmelles de mai 1897 à l'Institut, à propos du bazar de la Charité et rappelées en 1911 à propos de la nouvelle catastrophe semblable, sur la *Liberté*. Dès mai 1897, Foveau de Courmelles montrait que dents et maxillaires avec les rayons X aideront à identifier les cadavres carbonisés. (Présentations à l'Académie des Sciences des prof. A. d'Arsonval et Ed. Branly.)

2° *Méthode extra-buccale.* — Au lieu de placer la plaque sensible dans la bouche, celle-ci est appliquée extérieurement contre la joue. Pour éviter les superpositions, on utilise un faisceau de rayons X pénétrant obliquement par la région sous-mentonnière et le plancher de la bouche. Cette façon d'opérer est véritablement la méthode de choix pour l'étude des dents implantées dans la branche horizontale du maxillaire inférieur, pour l'examen des dents de sagesse maxillaire supérieur. L'examen du *maxillaire supérieur* (méth. intra-buccale) se fait sur le malade assis, la tête appuyée : il demande une 1re plaque, avec incidence médiane antérieure, pour les incisives et les canines, plaque qui renseigne en même temps sur la voûte palatine, — et une 2e et une 3e plaque, avec incidences latérales successivement à droite et à gauche, pour les canines, prémolaires et molaires, à l'exception de la dent de sagesse : celle-ci demande une petite plaque 3×3 appliquée contre la face interne du maxillaire, soit par une incidence oblique et la plaque extérieure contre la joue. L'examen du *maxillaire inférieur* se fait aussi au moyen de trois plaques. La 1re plaque, avec incidence médiane antérieure (procédé intra-buccal), renseigne sur les incisives, les canines, le plancher de la bouche. Pour l'obtenir dans de bonnes conditions, le malade est dans le décubitus dorsal, un coussin sous les épaules, la tête en hyperextension, le faisceau de rayons X pénétrant au niveau de la région mentonnière. Les deux autres plaques, par la méthode extra-buccale, renseignent successivement à droite et à gauche sur les prémolaires, les molaires et l'état des maxillaires. Pour tirer de l'exploration radiographique le maximum de renseignements avec le maximum de certitude, il est indispensable d'examiner les plaques elles-mêmes en bonne lumière. Les tirages sur papier ne donnent pas tous les détails visibles sur la plaque. Les planches que l'auteur joint à ce travail n'ont pas subi la moindre retouche de sa part, elles ne sont que le pâle reflet de ses clichés examinés dans les conditions voulues. En effet, au clichage d'abord, puis au tirage, une foule de circonstances viennent modifier soit la netteté, soit la valeur des teintes de l'épreuve originale. Quoi qu'il en soit, dans la pratique, il est indispensable de fournir des épreuves sur papier. Celles-ci doivent toujours être accompagnées d'une interprétation écrite d'après le négatif Arcelin *(Rev. prat. d'électr. et radiol. méd.*, 1913, n° 3, p. 37, 45).

Personnellement, avec des pellicules dans la cavité buccale ou en faisant très ouvrir la bouche et dirigeant l'ampoule en conséquence, de façon que les rayons X réfléchis par l'anticathode arrivent perpendiculairement, par la bouche, sur la région à

reproduire, celle-ci parallèlement placée et juxtaposée à la plaque sensible ou par l'endodiascopie, nous sommes arrivés aussi à des résultats intéressants.

Pour M. G. Curchod, de Genève (*Odontologie*, 30 août) et M. Fitting (Lausanne), la radiographie dentaire est un moyen indispensable en orthodontie, pyorrhée alvéolaire, abcès apicaux; le second cite 2 cas de sa pratique : 1° une incisive centrale, après un traumatisme, est douloureuse et légèrement ébranlée. Avant d'enlever la pulpe comme le cas l'indique, une radiographie est prise et montre une fracture transversale dans le tiers supérieur de la racine; vu le cas, la dent doit être enlevée; 2° une dent à pivot posée depuis 10 ans provoque une suppuration dans la région de l'apex. La couronne de porcelaine paraît bien faite et solide, il semble que la résection de l'apex soit indiquée. Auparavant, on pratique une radiographie qui fait constater que le pivot est placé dans un canal artificiel et que la pointe est dans l'alvéole. La résection apicale est inutile. « La radioscopie et la radiographie en stomatologie, dit le Dr H. Guilly, servent à montrer les fractures, les luxations, les sinus et leur contenu : abcès, corps étrangers, la dent de sagesse si souvent dangereuse, les processus inflammatoires ou tuberculeux (*Gazette électrique*). »

M. E. Fourquet a radiographié avant et après l'opération (Le germe dentaire, kyste, supplémentaire était représenté par la tache ombrée se trouvant au-dessous des apex de la canine et 2e prémolaire à droite de la radiographie). 2 mois après, région moins claire, en voie de régénération osseuse.

M. Molard a vu une dent surnuméraire de 3e dentition cariée et entretenant une suppuration maxillaire qui disparut après l'extraction (*S. d'Elect. et de Rad.*, 16 oct.).

La même 14e *Année Electrique, Electrothérapique et Radiographique*, mentionne les succès français de la médication radioactive, avec MM. Léger-Dorez et Barcat. Dans ses *Applications Médicales du Radium*, le même auteur en signalait dès 1904 la possibilité; dès 1902 il exposait à la *Société d'Odontologie* ses recherches sur la lumière appliquée à l'analgésie et l'antisepsie dentaires, lumière de l'arc voltaïque dans son radiateur et très riche en rayons ultra-violets.

NÉCROLOGIE

Notre confrère M. Emile Russe, de Besançon, vient d'avoir la douleur de perdre sa mère, décédée le 4 janvier 1914, à l'âge de 71 ans.

***

Notre confrère M. A. Delourmel, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'être éprouvé cruellement par la mort de sa mère, Mme veuve Delourmel, décédée à Rennes dans sa famille.

Nous adressons à nos confrères nos très sincères condoléances.

NOUVELLES

Ecole dentaire de Paris.

M. Jean Camus, professeur agrégé à la Faculté de médecine, a été nommé professeur de pathologie interne, générale et spéciale à l'Ecole dentaire de Paris par décision du Conseil d'administration du 13 janvier 1914.

Il y a lieu de se féliciter du choix d'une personnalité aussi distinguée.

Ajoutons que le nouveau titulaire est le frère de M. Lucien Camus, professeur d'anesthésie à l'Ecole dentaire de Paris, dont les leçons sont si appréciées.

A. G. S. D. F.

Le Conseil d'administration de l'Association s'est réuni le samedi soir 17 janvier avec l'ordre du jour que nous avons publié.

Après adoption du procès-verbal de la séance du Conseil d'administration du 15 novembre 1913 et ratification des décisions du Bureau du 30 décembre, les rapports du secrétaire général, du trésorier et de l'administrateur-gérant de *L'Odontologie* ont été approuvés.

Le Conseil a ensuite entendu et approuvé les rapports du Conseil de famille, de la Commission syndicale et de la Commission de prévoyance. Puis il a abordé l'examen du règlement, modifié, de l'attribution de récompenses aux opérateurs et mécaniciens-dentistes après 15 ans de service au minimum dans la même maison.

Le Conseil s'est séparé à 10 h. 3/4.

***

L'assemblée générale de l'Association a eu lieu le dimanche matin 18 janvier avec l'ordre du jour que nous avons publié également.

Après adoption du procès-verbal de l'assemblée générale du 19 janvier 1913, l'assemblée a approuvé les rapports du secrétaire général, du trésorier et de l'administrateur-gérant de *L'Odontologie*.

Elle a discuté ensuite et adopté après diverses modifications le règlement de l'attribution de récompenses aux opérateurs et mécaniciens-dentistes après quinze ans de service au minimum dans la même maison. Nous publierons prochainement ce règlement, qui est la mise à exécution de la proposition Zimmermann faite à l'assemblée générale de 1913.

Elle s'est occupée également de la question du recrutement des apprentis (proposition Graff, présentée à l'assemblée générale de 1913) et a décidé la création d'un comité de patronage des apprentis mécaniciens-dentistes.

Le président a adressé un appel pressant aux sociétaires pour prendre part aux Congrès du Havre (A. F. A. S.) et de Londres en 1914.

Il a été procédé au scrutin pour le renouvellement partiel du Conseil d'administration (9 membres pour Paris, 8 pour la province).

Nombre des votants par correspondance : 134, dont 90 pour Paris et 44 pour la province.

Nombre total de votants : 165. Bulletins blancs ou nuls : 4.

Majorité absolue : 81.

Ont obtenu.

Paris.

MM.		
Bioux	161 voix	élu
Miégeville	161 —	—
d'Argent	160 —	—
Dupontreué	159 —	—
Fouques	158 —	—
Cernéa	156 —	—
Lalement	155 —	—
Debray (Albert)	146 —	—
Crocé-Spinelli	138 —	—
Machtou	25 —	
Levier	2 —	
Zimmermann	2 —	
Divers	1 —	

Province.

MM.		
Mouton (Châtellerault)	160 voix	élu
Pierret (Dijon)	159 —	—
Boudy (Belfort)	158 —	—
Bouillant (L'Isle-Adam)	158 —	—
Brodhurst (Montluçon)	158 —	—
Jouard (Saint-Cloud)	158 —	—
Caron (Nantes)	149 —	—
Duncombe (Caen)	146 —	
Thuillier	2 —	
Divers	2 —	

Bibliothèque de l'Ecole dentaire de Paris.

Une restitution anonyme d'un volume emprunté à la Bibliothèque de l'Ecole dentaire de Paris, il y a dix ans, vient d'être faite.

Le bibliothécaire adresse ses remerciements à l'auteur inconnu de cette restitution.

6e Congrès dentaire international.

(*Londres, août* 1914.)

A l'occasion du Congrès de Londres, l'agence Cook, après entente avec la Fédération dentaire nationale, prépare des projets de voyages accompagnés qui permettront aux congressistes français et à leurs familles de visiter l'Angleterre (notamment la région des lacs anglais), ainsi que l'Ecosse, à des conditions avantageuses.

Nous publierons ultérieurement les itinéraires et prix de ces voyages

---

Association de l'Ecole odontotechnique.

Nous avons annoncé dans notre n° du 30 décembre qu'à la suite des élections auxquelles a procédé l'Assemblée générale du 16 décembre 1913, le Conseil d'Administration de l'Association est composé ainsi : MM. Barden, Bastien, Bertrand, Dubois (P.), Ducournau, Fontanel, Lebedinsky, Lee, Rodolphe.

Dans sa séance du 13 janvier 1914, le Conseil d'administration a constitué son Bureau. Ont été élus :

Président, M. Fontanel.
Vice-présidents, MM. Bertrand, Lee.
Secrétaire général, M. Dubois.
Trésorier, M. Bastien.
Directeur de l'Ecole, M. Lebedinsky.
Directeur adjoint, M. Barden.

Nous sommes heureux de voir l'Association de l'Ecole odontotechnique renouveler sa confiance à M. Fontanel, dont les qualités administratives ont déjà eu l'occasion de se manifester dans des circonstances difficiles.

Nous applaudissons aussi à la nomination de M. Lebedinsky comme Directeur de l'Ecole odontotechnique. Son expérience de l'enseignement déjà longue nous est un sûr garant du dévouement qu'il mettra à maintenir le bon renom de l'Ecole. Nous sa-

vons par ailleurs qu'il est tout acquis aux idées d'entente interscolaire. M. Lebedinsky, né en 1873, est docteur en médecine (1898), professeur de pathologie bucco-dentaire à l'Ecole odontotechnique depuis 1901, dentiste des hôpitaux (1906), lauréat et président de la Société Odontologique de France.

Quant au collaborateur immédiat de M. Lebedinsky, M. Barden, directeur-adjoint, nous connaissons tous son dévouement à la cause odontologique et sa compétence dans les questions professionnelles ; aussi lui adressons-nous nos amicales salutations.

N. D. L. R.

***

Le Dr Siffre a été nommé directeur honoraire de l'Ecole Odontotechnique. Il a, en outre, donné sa démission de professeur à la dite école.

Nominations.

Par décisions des Conseils d'administration de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale syndicale des dentistes de France MM. Magub et Godart ont été nommés membres honoraires.

Promotion.

Nous sommes heureux d'apprendre que M. Miégeville, chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris, pharmacien aide-major de 2e classe de l'armée territoriale, a été promu à la 1re classe par décret du 29 décembre 1913.

Nous lui adressons nos félicitations.

Prix Claude Martin.

Le Comité du monument Claude Martin a décidé, comme on sait, de fonder, avec le reliquat de la souscription, un prix portant le nom de *Prix Claude Martin.*

Nous reproduisons ci-après, d'après le *Bulletin de l'Académie de médecine* (séance du 16 décembre 1913), les conditions de ce prix ; anonymat facultatif, partage interdit, 600 francs, triennal. Ce prix sera décerné à tous travaux manuscrits ou imprimés, rédigés en français, quels qu'en soient les auteurs, et portant sur des sujets touchant à l'art dentaire, odontologie, stomatologie, prothèse bucco-faciale.

Association des professeurs des écoles dentaires reconnues d'utilité publique.

L'Assemblée générale de l'Association a eu lieu le dimanche 18 janvier, à 11 h. 1/2 du matin, à l'Ecole dentaire de Paris, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, avec l'ordre du jour que nous avons publié.

Des membres du corps enseignant des trois écoles (E. D. P., E. O., E. D. L.) y assistaient.

Après adoption du procès-verbal de l'assemblée générale du 7 décembre 1912, elle a approuvé les rapports du secrétaire général et du trésorier. (Nous publierons prochainement le premier de ces rapports.)

Il a été procédé au renouvellement de 3 membres sortants du Conseil d'administration (1 par école) : MM. P. Martinier, Lebedinsky, Pont ont été élus pour trois ans.

La séance a été suspendue à midi 1/2 et reprise à 2 h. 1/2, après un déjeuner amical.

L'assemblée s'est longuement occupée des conditions de l'examen de validation de stage et des examens de scolarité et elle a chargé une Commission de 12 membres (4 par école) d'étudier cette question et de proposer les modifications nécessaires à ces conditions d'examen et aux programmes d'enseignement. Cette Commission étudiera également les conditions de création d'une Association d'examinateurs.

L'assemblée a émis un vœu relatif à un échange de professeurs entre les écoles dentaires françaises et étrangères.

La réunion s'est terminée à 3 h. 1/2 de l'après-midi.

Mariage.

Nous apprenons le mariage de notre confrère M. Gustave Garcin, chirurgien-dentiste, avec Mlle Marguerite Poulain, célébré le 27 décembre dernier.

Nous adressons nos félicitations aux jeunes époux.

Erratum.

Il y a lieu d'ajouter à la 3e liste de souscripteurs pour la manifestation de sympathie en l'honneur de M. Lemerle, publiée p. 569 de notre n° du 30 décembre dernier, le nom de M. Rollin.

Il y a lieu également de lire dans la 1re liste, p. 472 du n° du 30 novembre, *Darcissac (M.)*, au lieu de *Darcissac (E.)*.

34e ANNÉE. N° 3 15 FÉVRIER 1914 VOL. LI

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LES DENTS SURNUMÉRAIRES DANS LA RÉGION MOLAIRE DE L'HOMME

Par le Prof. L. BOLK, d'Amsterdam.

(Conférence faite le 30 août 1913 aux membres de la F. D. I. au laboratoire d'anatomie d'Amsterdam.)

Lorsqu'on m'a fait l'honneur de me demander de faire devant les membres de la F. D. I. une conférence sur un sujet odontologique je n'ai éprouvé aucune hésitation à répondre à cette invitation, car, depuis des années, je tâche d'étudier à fond le développement des dents chez les primates, y compris l'homme. Dans ce domaine, il y a encore un certain nombre de questions qui n'ont pas été résolues ; de plus, le chercheur arrive bientôt à se convaincre que l'examen approfondi, sans préjuger d'opinions acceptées, conduit à de nouvelles questions soulevées par de nouvelles idées qui reposent sur des faits inconnus jusque-là. Plusieurs publications, relatant les résultats de ces recherches, ont déjà été faites par moi en allemand. Je n'ai pourtant nullement l'intention d'aborder aujourd'hui une des questions qui ont été traitées dans ces publications ; je me propose seulement de signaler un fait sur lequel mon attention a été attirée il y a quelque temps par des circonstances que je vais immédiatement exposer et au sujet duquel je n'ai par conséquent jusqu'à présent ni écrit, ni parlé. Comme on peut le voir par le programme j'ai choisi pour sujet de ma conférence : « *De la survenance de dents ataviques rudimentaires dans la région molaire de l'homme.* »

Toutefois, avant d'aborder ce sujet, je me permettrai sur la collection odontologique de mon Institut, quelques remarques, qui vous montreront pourquoi j'ai choisi le titre ci-dessus pour ma conférence. Cette collection est, en ce qui concerne les anomalies de la dentition et des dents, extrêmement riche. L'année passée, grâce à des circonstances particulières, sur lesquelles je ne m'étendrai pas davantage, j'ai eu la bonne fortune de pouvoir examiner plus de 35.000 crânes. J'en ai séparé tous les cas de dentures normales, complètes, qui n'étaient pas usées de sorte que je possède à présent 350 maxillaires supérieurs et 300 maxillaires inférieurs avec une denture complète, absolument intacte. Je n'ai pas besoin de vous dire, à vous qui connaissez, comme praticiens, les questions qui s'y rattachent, que cette collection représente une source abondante de recherches non seulement sur la denture, mais encore sur tout le squelette de la cavité buccale.

De plus, j'ai rassemblé environ 3.000 exemplaires bien conservés, peu usés ou pas usés du tout, de chaque dent, de sorte que je puis me faire une idée assez complète des variations de grandeur, de forme et de structure de nos dents.

En outre, les anomalies de denture que j'ai réunies sont très nombreuses. Avec deux exemples, je vais essayer de vous en donner une idée, ce qui vous montrera en même temps la grande valeur de ma collection pour la solution de problèmes théoriques et pratiques.

Dans un de mes travaux odontologiques publiés il y a quelques années, j'ai pour la première fois signalé l'importance d'un fait qui n'est inconnu à aucun de vous, à savoir que parfois la deuxième molaire de lait persiste dans le maxillaire inférieur de l'homme, sans être remplacé par la deuxième prémolaire. Ce cas se rencontre également au maxillaire supérieur ; mais il y est extrêmement rare.

La persistance de la deuxième molaire de lait au maxillaire inférieur est un fait très intéressant, au point de vue théorique et pratique. Sous le rapport théorique, on a soutenu que cette persistance est causée par le défaut de place

pour la dent de remplacement. Cette opinion, je n'ai pas besoin de vous le dire, est contredite par le fait que la dimension mésio-distale de la deuxième prémolaire est moindre que celle de la dent de lait qui la précède. On ne peut pas non plus dans ce cas, comme je vais vous le faire voir plus clairement, invoquer comme cause une hétérotopie de la deuxième prémolaire, auquel cas cette anomalie aurait un caractère pathologique, ce qui n'est pas exact; bien au contraire, cette anomalie est de nature progressive. Comme je l'ai montré dans un de mes travaux, la deuxième prémolaire est un élément régressif de notre denture, pendant que la deuxième molaire de lait est en train de devenir un élément permanent.

Il y a donc, dans notre denture, trois dents qui sont de nature régressive: l'incisive latérale du maxillaire supérieur, la deuxième prémolaire et la troisième molaire. Voici une denture dans laquelle ces trois dents subsistent encore, mais, comme vous voyez fortement réduites (fig. 1)

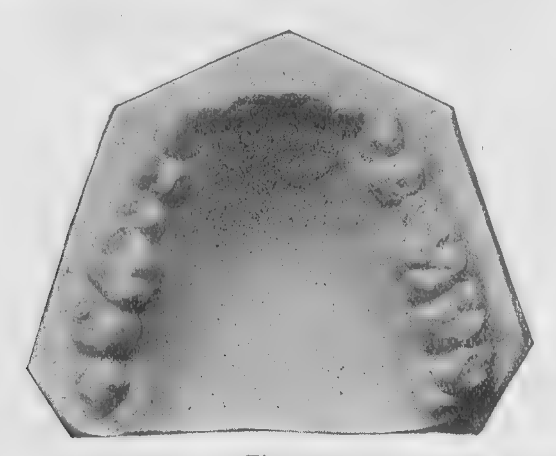


Fig. 1.

et une autre denture dans laquelle elles manquent toutes les trois (fig. 2), tandis que la deuxième molaire de lait persiste. Cela, pour le maxillaire supérieur, car, comme je vous l'ai dit, au maxillaire inférieur, l'absence de la deuxième prémolaire est moins rare et elle est presque toujours accompagnée de la persistance de la deuxième molaire de lait.

Cette variation est, nous l'avons dit, d'une nature progressive, ainsi que je l'ai montré en détail dans le travail mentionné antérieurement, où j'ai exposé une nouvelle théorie sur l'étiologie et l'avenir de notre denture. Cette théorie, que j'ai dénommée *théorie de la réduction terminale des séries de dents,* a été critiquée dans le *Dental Cosmos* de novembre 1912, par R. C. Osburn. J'ignore si j'ai le plaisir de compter M. Osburn parmi mes auditeurs. S'il en

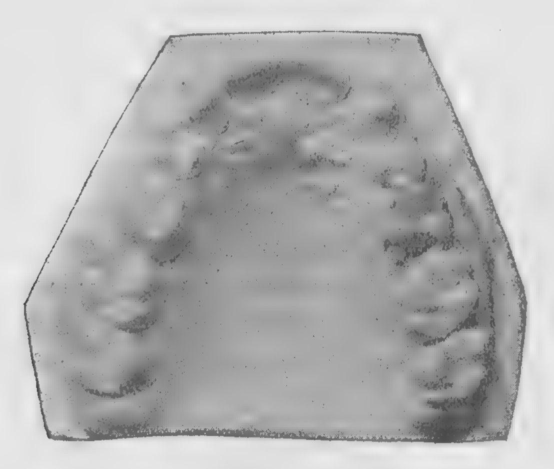


Fig. 2.

était ainsi, je me permettrais de le prier d'étudier encore une fois ma théorie, mais dans le texte original. Alors son jugement aurait certainement plus de valeur que la critique défavorable qu'il a émise et qui est basée uniquement sur un compte rendu d'un journal allemand qui émane, non pas de moi, mais de quelqu'un qui m'est complètement inconnu et qui ne semble pas avoir compris les arguments que j'ai donnés en faveur de ma manière de voir. Qu'on soit, en général, un peu sceptique à l'égard des extraits, aussi bien quant à leur objectivité que quant à leur caractère complet, et qu'on soit prudent en formulant des appréciations sur des idées nouvelles en se basant sur ces extraits. Les auteurs ont le droit d'être là et entendus eux-mêmes et de ne pas être condamnés d'après les remarques faites par un tiers sur leurs idées. Permettez-moi cette digression et

revenons maintenant à la persistance de la deuxième molaire de lait.

Au point de vue pratique cette variation provoque la question suivante : est-il permis d'extraire une molaire de lait qui persiste ? On ne peut donner à cette question une réponse s'appliquant à tous les cas ; le praticien doit juger chaque cas séparément. Mais en ce qui concerne la persistance de la 2e molaire de lait, on peut donner une réponse s'appliquant à tous les cas. C'est une faute technique d'extraire cette dent, tant qu'elle est intacte, et quand il n'en est plus ainsi, on doit la considérer comme un élément de la denture permanente et la traiter pour la conserver, tant que cela est possible. Que se propose-t-on dans une extraction ? D'écarter un obstacle à l'éruption de la dent permanente et de faciliter celle-ci. Mais pour atteindre ce but la présence de la 2e prémolaire est nécessaire. Or, que résulte-t-il de l'examen ? Que la 2e molaire de lait est précisément persistante, puisque la 2e prémolaire fait défaut et qu'on n'en trouve même pas le plus petit germe.

Pour le prouver je vous présente 26 maxillaires inférieurs d'adultes, en partie même de personnes âgées, où la 2e molaire de lait est encore présente, la plupart du temps d'un seul côté, quelquefois des deux côtés. Chaque préparation porte un radiogramme de la partie du maxillaire intéressée. Et, comme vous pouvez vous en convaincre, dans aucun de ces cas on ne voit la moindre trace d'une 2e prémolaire. La fig. 3 représente un de ces cas. Si donc on avait extrait dans un de ces cas la molaire de lait, on aurait pratiqué dans la série dentaire un hiatus qui ne se serait jamais comblé. Je n'ai pas besoin d'insister plus longtemps sur les conséquences d'une pareille opération.

Cette collection, comme n'en possède sans doute aucun Institut, quant au nombre du moins, condamne donc sans équivoque comme une faute pratique l'extraction de la 2e molaire de lait. Et ce qui montre la résistance d'une pareille molaire de lait, ce sont, par exemple, les cas dans lesquels la 1re et même la 2e molaire permanentes sont perdues, tandis

que la 2e molaire de lait est encore solide dans le maxillaire. Je connais en outre le cas d'une personne chez laquelle cette dent est tombée vers l'âge de 65 ans.

Le 2e groupe d'anomalies présente un tout autre caractère. Il comprend plus de 80 cas dans lesquels la canine permanente n'a pas fait éruption. Cette anomalie, que je n'ai remarquée que dans le maxillaire supérieur, doit être considérée comme pathologique. Comme vous le voyez par les



Fig. 3.

préparations exposées devant vos yeux, la canine permanente est toujours présente, mais elle se trouve dans une position anormale, tantôt du côté buccal, tantôt dans la partie palatine du maxillaire supérieur. De plus, dans ces derniers cas, la dent est très souvent déviée des deux côtés, d'une manière typique qui se représente toujours : elle se trouve plus ou moins horizontale dans le palais. Il semble donc y avoir pendant le développement une influence mécanique déterminée qui force la dent à prendre cette position.

J'ai choisi ces deux cas uniquement pour vous donner un aperçu de la richesse de ma collection odontologique, et j'aborde maintenant le sujet que j'ai choisi.

Les anomalies de notre denture se divisent, comme on sait, en deux groupes principaux : anomalies de forme et anomalies de nombre. Ces dernières peuvent se subdiviser

d'après la région de la denture où elles se rencontrent. J'appelle votre attention plus spécialement sur celles des molaires. On en décrit deux : la plus fréquente, la diminution de nombre par suite du défaut de développement de la 3e molaire. Cette diminution de nombre se rencontre, comme on sait, chez 10 o/o des individus de la race blanche.

La seconde est beaucoup plus rare : augmentation du nombre des molaires par suite du développement d'une 4e molaire, qui apparaît derrière la 3e. Au maxillaire inférieur cette 4e molaire, dans la race blanche, est un phénomène extrêmement rare. J'ai dû admettre cette opinion parce que je ne possède qu'un seul cas d'une 4e molaire dans le maxillaire inférieur, tandis que dans le maxillaire supérieur, comme la série exposée devant vos yeux le montre, j'en possède un nombre passablement grand. Je suppose que dans la race noire la 4e molaire n'est pas aussi rare que dans la race blanche.

A côté de ces deux anomalies il s'en présente aussi chez l'homme une 3e qui n'a pas encore été décrite comme anomalie présentant un caractère particulier. De temps en temps apparaît au côté externe des molaires une petite dent, plus ou moins rudimentaire. Cette anomalie, que vous connaissez certainement par expérience, est considérée ordinairement comme une 4e molaire, qui, pendant le développement, s'est écartée latéralement par une cause quelconque et a fait éruption à côté de la série normale des molaires. Je concède immédiatement que lorsqu'on ne possède ou n'a observé qu'un ou deux de ces cas, on peut concevoir cette opinion qui semble évidente. Mais quand on peut disposer de matériaux aussi abondants que j'en ai sous la main, et quand on a égard non seulement à l'anomalie qui vient d'être décrite, mais encore aux autres anomalies de la région molaire, on se forme une tout autre opinion.

Cette dent surnuméraire du côté buccal de la série des molaires est une variation de la plus haute importance pour le problème de la philogénie de notre denture. Car j'espère bientôt vous prouver péremptoirement que cette dent laté-

rale surnuméraire et la 4e molaire, qui suit derrière la 3e normale, ne sont pas identiques. Pour simplifier la description dès le début je commencerai par adopter des appellations différentes : je nommerai *paramolaire* la dent rudimentaire qui se trouve latéralement par rapport à la série des molaires et *distomolaire* la dent se trouvant derrière la 3e molaire. Cette distomolaire est ainsi la 4e molaire des auteurs.

J'ai déjà signalé que cette distomolaire apparaît très rarement au maxillaire inférieur et est extrêmement rare. Il en est de même de la paramolaire, que je n'ai pas rencontrée une seule fois dans le maxillaire inférieur comme dent libre. Comme je l'exposerai plus tard, la paramolaire se présente souvent unie à une des molaires normales, et sous cette forme elle ne manque pas non plus au maxillaire inférieur.

Avant d'aborder la topographie et l'anatomie des deux genres de molaires surnuméraires, je vais examiner cette question : la paramolaire et la distomolaire doivent-elles véritablement être considérées comme deux variations tout à fait différentes ? La preuve serait très aisée à fournir au moyen de cas dans lesquels les deux variations se présentent en même temps. Mais une distomolaire se rencontre rarement dans la denture des Européens et une paramolaire est une variation encore plus rare. Il y a donc fort peu de chance que les deux variations se présentent en même temps chez le même individu. Pourtant il m'a été donné sur plus de 30.000 crânes que j'ai examinés, de constater *une fois* ce cas. La partie du maxillaire qui nous intéresse est représentée dans la figure 4. La paramolaire *p*, située dans l'angle entre la 2e et la 3e molaire, a sa forme typique, qui revient toujours (nous en reparlerons) ; la distomolaire *d* est plus grosse, comprimée dans le sens mésio-distal. Ce cas est si convaincant qu'il n'y a plus de doute possible sur l'exactitude de mon opinion que chez l'homme, dans la région molaire, il peut apparaître deux espèces de dents surnuméraires tout à fait différentes : un groupe situé latéralement

par rapport aux molaires normales, et un autre apparaissant derrière la 3e molaire. Maintenant que nous avons constaté cela nous allons examiner plus en détail la topographie et l'anatomie de ces éléments surnuméraires.

Je puis être bref touchant la distomolaire, car elle a été souvent représentée et décrite dans la littérature comme 4e molaire. Je signalerai seulement que, dans les crânes

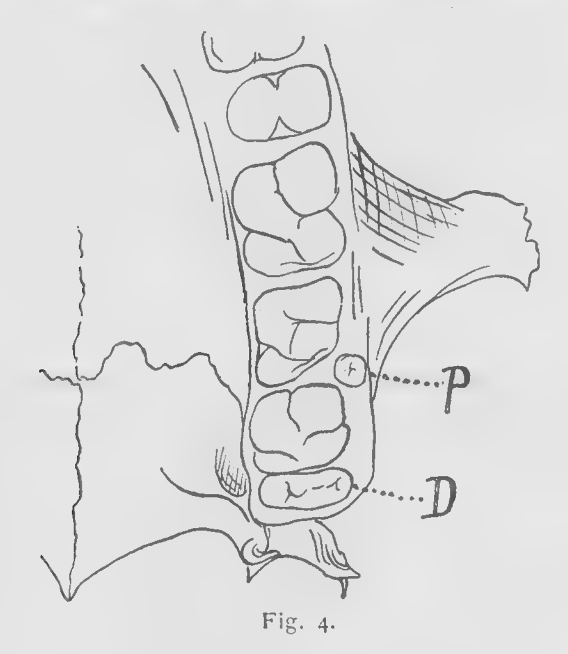


Fig. 4.

étudiés par moi, je n'ai pas rencontré cette dent surnuméraire autrement qu'à l'état rudimentaire : tantôt comme dans la figure 4, sous forme d'élément comprimé dans le sens mésio-distal ; tantôt — et cela dans la majorité des cas — comme une dent simple, plus ou moins cylindrique (fig. 5). Dans la collection de distomolaires de singes que je possède on rencontre, au contraire, de magnifiques spécimens, complètement développés. Je n'insisterai pas sur l'importance de cette différence.

La distomolaire n'est pas toujours implantée régulièrement derrière la 3e molaire ; souvent elle s'écarte de la rangée. Dès lors est-il si surprenant, lorsqu'un pareil écartement se produit, que la distomolaire s'écarte toujours

lingualement comme on le voit par exemple dans la figure 6. Je reviendrai d'ailleurs là-dessus.



Fig. 5.

Quant à la paramolaire, elle a toujours comme je l'ai dit, une forme extrêmement simple. La couronne ne présente



Fig. 6.

jamais plus de deux petites saillies peu développées ; mais dans la plupart des cas ils sont très peu marqués et l'on ne voit au milieu de la couronne qu'une anfractuosité insignifiante, de sorte qu'on ne saurait parler de protubérances. De plus, la dent n'a jamais plus d'une racine unique. Cette

structure simple n'est pas sans importance si on la rattache à la question de la valeur philogénique de cette dent surnuméraire.

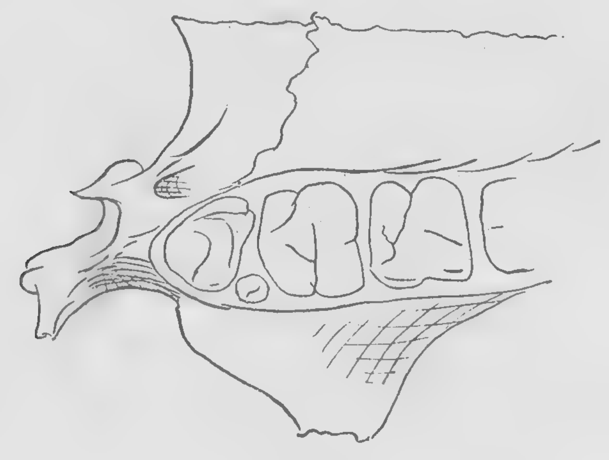


Fig. 7.

Un autre point qui a une certaine importance pour la question posée, c'était la position de la dent surnuméraire. On peut qualifier cette position de typique, car presque

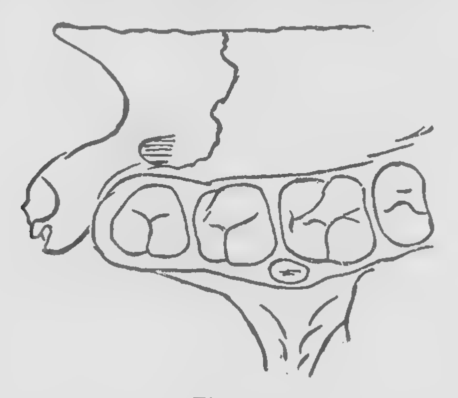


Fig. 8.

toujours la paramolaire est située dans l'angle entre la 2e et la 3e molaire, alternant ainsi avec ces deux molaires (v. fig. 7). Ce n'est que très rarement qu'on trouve une paramolaire située plus ou moins en avant, dans l'angle entre la 1re et la 2e molaire. Ma collection ne compte que deux cas semblables : un moulage de plâtre et une préparation naturelle (fig. 8). Comparativement au grand nombre de cas que

je possède dans lesquels la paramolaire alterne avec la 2e et la 3e molaire, c'est là un nombre extrêmement modique. Toutefois ils présentent une valeur particulière comme preuve nouvelle que la paramolaire ne peut pas être une 4e molaire projetée en avant. On ne peut s'imaginer, en effet, comment une semblable 4e molaire, commençant son développement après la 3e, c'est-à-dire relativement longtemps après que la 1re et la 2e sont en position, peut encore se glisser au niveau de la 1re.

(A suivre.)

REVUE DES REVUES

ACTION DE L'ACIDE ARSÉNIEUX SUR LA PULPE ET LE PÉRICÉMENT

PAR H. SCHRŒDER (Berlin).

A la suite de ses observations et de celles d'autres praticiens touchant l'action de l'acide arsénieux sur la pulpe et le péricément, l'auteur formule les conclusions suivantes.

Le phénomène le plus marquant, phénomène toujours présent à la suite de l'application d'acide arsénieux sur la pulpe, est la répétition très prononcée des vaisseaux sanguins et la survenance de multiples hémorragies, surtout des capillaires. On constate dans les vaisseaux de nombreuses formations semblables à des thrombus d'aspect varié, suivant la décomposition plus ou moins avancée des globules rouges. Les changements doivent être attribués à un effet électif de l'arsenic sur les vaisseaux sanguins et peuvent être observés presque simultanément dans toutes les parties de la pulpe, de sorte qu'on ne peut pas parler d'une avance graduelle vers l'apex de la racine, car il n'y a pas de zones de transition abruptes ou de zones spéciales de démarcation. Cette altération rapide des vaisseaux intéressant la pulpe doit être attribuée à la résorption rapide de l'arsenic. De même le changement survenant dans les nerfs doit s'expliquer par l'action chimique directe de l'arsenic, qui est même plus rapide là que dans les vaisseaux. Des éléments cellulaires, y compris les odontoblastes et le tissu conjonctif sont affectés par l'action toxique de l'acide arsénieux de sorte que la nécrose de la pulpe ne doit être attribuée ni à l'action caustique superficielle de l'acide arsénieux ni à son action précipitante sur l'albumine, mais plutôt à son caractère, car c'est un poison du plasma.

En ce qui concerne l'action de l'acide arsénieux au delà de l'apex l'effet nécrotique est notablement atténué en ce point, sans doute par les conditions anatomiques, défavorables à la résorption. Des expériences sur des chiens, dans les canines desquels de l'acide arsénieux avait été enfermé pendant une semaine et plus, ont montré que celui-ci avait tellement perdu son action dans le trajet entre le point d'application jusqu'à l'apex qu'il ne détruisait plus le tissu apical et le péricément directement, mais provoquait seulement une inflammation aggravée par les masses de tissu pulpaire nécrosé.

Un grand nombre de leucocytes pénètrent des couches profondes du tissu péri-apical dans les vaisseaux qui entrent dans la pulpe.

On ne constate pas de multiples hémorragies ni de changements de cellules dans le péricément, non plus que des changements dans les fibrilles nerveuses unissant le nerf dentaire inférieur à l'apex radiculaire. Cela n'exclut pas la possibilité d'une action nécrotique destructive de l'acide sur le péricément et le tissu péri-apical environnant, lorsque le foramen est grand, dans les dents jeunes et dans des conditions de résorption favorables. On a signalé des cas de ce genre et, s'il y a une idiosyncrasie, une nécrose étendue peut survenir dans le voisinage de dents traitées par l'arsenic.

La péricémentite qui suit souvent l'application de l'acide arsénieux est provoquée et maintenue par les produits de décomposition du tissu pulpaire saturé par l'acide. L'hypersensibilité cesse d'ordinaire aussitôt après l'enlèvement de la pulpe. Si l'acide agissait directement sur le péricément, la douleur ne pourrait pas durer plusieurs jours, parce que les nerfs du péricément succomberaient aussi rapidement que ceux de la pulpe sous l'action de l'acide.

Dans la plupart des cas, l'irritation inflammatoire douloureuse du péricément apical suivant l'application de l'acide arsénieux peut être attribuée moins à l'action chimique directe de l'agent qu'à l'irritation produite au foramen apical par la décomposition pulpaire. (*Dent. Cosmos*, juin 1913.)

NÉVRALGIE DU TRIJUMEAU CAUSÉE PAR DES DENTS DE SAGESSE N'AYANT PAS FAIT ÉRUPTION

Par J. W. Graham.

Les dents de sagesse supérieure et inférieure comprimaient les branches dentaires du 5e nerf d'une patiente et durent être extraites.

Cette patiente, âgée de 19 ans, me consulta en août 1912, se plaignant de douleurs névralgiques dans les oreilles, la région sus-orbitaire et les régions pariétale et occipitale.

Ses oreilles, ses yeux, sa gorge et son nez et son état général avaient été examinés antérieurement et trouvés normaux. Toutes les 2es molaires avaient été enlevées auparavant pour permettre (je le suppose) aux dents de sagesse de se mouvoir en avant et pour soulager, mais le soulagement ne survint pas.

D'après les indications de la mère de la patiente les premières manifestations furent de la langueur, un hébétement et une indifférence pour toute chose, puis de la céphalalgie et ensuite de la névralgie. La douleur commença vers février 1910 et dura jusqu'en août 1912

avec des demi-interruptions de 3 à 15 jours. D'avril à août 1912 la douleur ne cessa pas et les paroxysmes furent très douloureux ; une fois, la patiente eut une attaque de délire à la suite d'une douleur prolongée. L'effet démoralisant de cette tension prolongée sur le système nerveux fut très marqué ; après plusieurs crises, la patiente avait le vertige et horreur des rues montantes, des gens, du mouvement, etc... ; elle se sentait fatiguée après un léger effort. La nuit elle avait incessamment des rêves fatigants et le jour elle s'endormait souvent par épuisement.

La douleur s'aggrava et la patiente était arrivée au moment où la vie lui semblait insupportable. Les dents de sagesse n'avaient pas fait éruption et la douleur semblait en provenir, de sorte qu'on fit la radiographie, qui montra que les deux dents de sagesse inférieures faisaient éruption verticalement sur la branche de la mâchoire inférieure.

La direction de l'éruption de la dent de sagesse supérieure gauche était oblique en arrière vers la gorge ; la dent de sagesse supérieure droite semblait suivre la direction normale de l'éruption. Les dents de sagesse inférieures étaient dans la branche du maxillaire.

Un morceau elliptique de muqueuse fut sectionné à l'angle de la branche et du corps du maxillaire ; ensuite avec le tour, l'os fut découvert pour exposer les cuspides antérieures ; puis, réparé, le reste de la face triturante fut débarrassé d'os. Ensuite l'os fut reculé autour des faces mésiale, buccale et linguale de la dent jusqu'à ce qu'il fut assez branlant pour être enlevé. J'évitai de forer la face distale par crainte de léser accidentellement le nerf dentaire inférieur ou l'artère. Les racines de la dent n'étaient pas développées et je fus assez heureux pour laisser intacts la dent et son germe. Pour assurer la guérison je pansai avec de la gaze, en prenant toutes les précautions à asepsie. La guérison fut rapide. Après la guérison de cette dent j'en enlevai une seconde ; après guérison je passai à la 3e, puis à la 4e.

Dès l'ablation de la 1re (dent de sagesse inférieure gauche), toute douleur cessa dans les parties intéressées par la branche du nerf innervant cette dent ; mais la douleur persista dans les régions intéressées par les dents restantes. J'enlevai ensuite la dent de sagesse supérieure gauche et toute douleur disparut du côté gauche. J'abordai alors le côté droit et depuis la guérison après la 4e opération la patiente n'a plus éprouvé de douleur. La première opération fut faite sous un anesthésique local, les trois autres avec l'éther. Naturellement la patiente était très abattue mais maintenant elle est complètement rétablie. (*Dental Record*, mars 1913.)

DANS QUELLE MESURE LA CARIE DENTAIRE PEUT-ELLE ÊTRE EMPÊCHÉE PAR LE CHOIX DE L'ALIMENTATION ?

La carie a pour cause la rétention ou stagnation prolongée à hydrocarbonates fermentescibles en contact plus ou moins immédiat avec les dents et que ne dilue pas la salive. Ce sont principalement les aliments fibreux qui stimulent la mastication. Les parties plus ou moins liquides et les particules en suspension contenues dans les fibres sont exprimées et avalées, tandis que la partie fibreuse est soumise à plusieurs reprises au broyage et à la désagrégation entre les dents, stimulant la mastication, l'insalivation et l'expulsion des particules alimentaires et des bactéries. Les aliments fibreux qui stimulent la mastication chassent les bactéries de la bouche ; ils enlèvent les hydrocarbonates visqueux, enlèvent la nourriture la plus nécessaire au développement des bactéries très actif dans un milieu hydrocarborie, c'est-à-dire des bactéries formant de l'acide et des bactéries donnant naissance à une fermentation visqueuse. On néglige souvent cette dernière catégorie ; mais comme c'est seulement quand l'acide formé par les bactéries est protégé contre la neutralisation ou la dilution par la salive que la décalcification de l'émail se produit, il est évident que la fermentation visqueuse doit être admise et ne doit être ni tolérée ni encouragée dans la bouche.

Les aliments peuvent influer sur les micro-organismes de telle manière que les dents de l'homme soient aussi propres et aussi dépourvues de carie que celles des animaux inférieurs ou de certaines races sauvages qui n'emploient pas de moyens artificiels pour se nettoyer la bouche.

M. Pickerill, directeur de l'Ecole dentaire d'Otago (Nouvelle Zélande), attache beaucoup d'importance à une combinaison de déprimants et d'excitants salivaires pour réduire les débris fermentescibles restant dans la bouche après un repas. Ses expériences ont porté sur l'absorption de substances connues comme productives d'acides, suivies immédiatement de substances donnant une réaction alcaline. Elles présentèrent une réaction neutre ou alcaline. Par cette succession les effets nuisibles des substances formant des acides peuvent être totalement annihilés et l'acide formé est transformé en corps neutre ou alcalin. Cela est de la plus haute importance pour la prévention de la carie et fournit un moyen simple et efficace permettant de faire obstacle à la formation de la carie.

Pour empêcher la rétention d'hydrocarbonates fermentescibles

sur les dents et entre elles et pour éliminer ou réduire notablement le facteur hydrocarbonate dans la production de la carie, les féculents et les aliments sucrés ne doivent jamais être mangés seuls, mais doivent être combinés avec une substance ayant un goût acide distinct, ou être suivis des substances ayant un potentiel alcalin, dont les meilleures sont les acides organiques naturels des fruits et des légumes.

D'après M. Pickerill, une salade de fruits ou des fruits devraient terminer les repas ; le soir, les enfants et les adultes devraient toujours absorber un fruit acide : orange, pomme, poire, ananas. Les fruits mangés à la fin du repas excitent les glandes salivaires ce qui produit de la salive alcaline, persistant pendant un certain temps et neutralisant toute formation d'acide sur les dents.

(*Dent. Summary*, juin 1913.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 2 décembre 1913.

Présidence de M. JEAY, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

I. — ALLOCUTION DU PRÉSIDENT.

Le président donne lecture du discours suivant :

Messieurs et chers confrères,

A la dernière séance, en prenant possession du fauteuil présidentiel, je vous ai remercié de votre confiance en quelques mots fort brefs, mais sincères. Je revenais de voyage et je n'avais pas eu les loisirs nécessaires pour préparer le discours inaugural que je réservais pour cette séance ; c'est un vieil et heureux usage auquel je tiens à rester fidèle. Aussi, si vous me le permettez, échangerons-nous ce soir quelques idées sur l'autonomie de la science odontologique.

Notre profession franchit en ce moment en France un tournant de son histoire qui fera époque et l'heure est venue de vous en entretenir.

Rappeler les noms des éminents confrères qui m'ont précédé à ce fauteuil, c'est parcourir les pages les plus importantes de l'histoire de l'odontologie française. Ceux-là mêmes dont je parle ont été les pionniers de notre art actuel et leur incessant labeur a contribué pour une très grande part à son développement.

Bien avant que les médecins ne songeassent à la pratiquer, des noms célèbres comme Fauchard et Bourdey illustraient l'odontologie.

Au XVIIIe siècle, de purs odontologistes faisaient du praticien français le plus réputé des dentistes et ce sont

même deux d'entre eux, Lemaire et Gardet, qui ont porté l'art dentaire aux Etats-Unis d'Amérique en suivant les armées de La Fayette.

Au XIXe siècle, si une éclipse a semblé ternir l'éclat de nos prédécesseurs, c'est qu'un enseignement purement odontologique était organisé dans le Nouveau Monde et donnait la renommée aux Américains, alors que rien de semblable n'existait chez nous. Aujourd'hui, nous pouvons dire que l'art dentaire n'est pas un patrimoine d'au delà des mers et si, en France, nous pouvons affirmer, sans blesser notre modestie, que nous les égalons, c'est bien grâce à l'enseignement odontologique créé par les éminents confrères dont je vous parlais tout à l'heure, et aux écoles dentaires qu'ils ont organisées.

En un mot, si nous jetons un coup d'œil rétrospectif sur notre profession, nous constatons que la science odontologique a bien été créée par les dentistes. Et cette science odontologique est arrivée aujourd'hui à un tel développement, à un tel besoin de vivre et de s'étendre que les sociétés et les revues de même nom paraissent tous les jours plus nombreuses. Des groupements scientifiques se forment dans tous les grands centres : Paris a vu naître la plus ancienne, la province voit les dernières nées.

A l'étranger, il en est de même. La littérature odontologique se développe donc d'une façon gigantesque et s'enrichit tous les jours de communications scientifiques d'un intérêt immédiat, contribuant au perfectionnement constant de notre art. Des moyens empiriques employés par nos pères, nous arrivons par nos recherches incessantes à des techniques absolument raisonnées et scientifiquement établies. Par ce fait, la science odontologique s'est tellement accrue ces dernières années que nous avons, en France, éprouvé la nécessité de remanier les programmes d'enseignement préparant nos jeunes confrères à l'exercice de leur profession. Nous-mêmes, dans l'enseignement, sentant chaque jour le besoin de nous spécialiser pour rester à la hauteur de tous ces progrès et pouvoir donner à nos élèves le

maximum de notre savoir et de notre expérience, nous avons dû créer des cours différents pour la chirurgie dentaire, la dentisterie opératoire, la prothèse, l'orthodontie, pour ne citer que les principales branches.

Chaque jour amenant des découvertes et des progrès nouveaux, le programme de notre enseignement devenant surchargé, nous avons senti combien nous étouffions dans l'espace trop restreint des trois ans d'école et l'on a dû ajouter deux années supplémentaires, reportant les travaux de laboratoires et les études de sciences appliquées à ce qu'il a été convenu d'appeler le « stage ».

Tout ceci, mes chers confrères, personne d'entre nous ne l'ignore, mais je vous le rappelle pour bien vous dépeindre l'accroissement constant de la science toute nouvelle qu'est l'odontologie.

Mis en face de l'étendue de nos programmes et dela multiplicité des matières enseignées, nous avons aussi senti la nécessité de demander à nos futurs confrères une instruction préparatoire plus solide ; de là est née l'exigence d'un titre universitaire plus élevé pour pouvoir entreprendre ces études, les mieux comprendre et en mieux profiter.

Personnellement je suis extrêmement heureux de la très grande part attribuée aux travaux de laboratoire. Comme toutes les sciences, la science odontologique est tributaire des grandes lois qui régissent la nature et que nous enseignent la physique, la chimie et la mécanique. C'est en fréquentant ces cours et ces laboratoires que l'étudiant prendra le goût des sciences exactes, le goût des recherches scientifiques et pourra par là contribuer aux progrès de sa profession. Le niveau moral lui-même en sera meilleur : étant plus instruits, de plus en plus rares seront les dentistes qui pourraient ne voir dans l'exercice de leur art qu'un commerce et de plus en plus se généralisera cette idée que, pour l'exercer, nul besoin n'est de réclames tapageuses : la supériorité intellectuelle et morale, l'importance des services rendus seront pour lui les plus sûrs garants de sa réussite et de sa considération.

Tout ceci, mes chers confrères, pour vous montrer combien, à l'heure actuelle, notre profession nécessite des études longues et laborieuses.

Comme j'avais raison de vous dire que la science odontologique était arrivée à un tournant des plus importants de son histoire ! Mes paroles sont à tel point fondées que c'est justement devant ce nouvel et colossal effort que nos adversaires les plus ardents dans leurs conceptions stomatologiques se sont subitement réveillés et nous ont livré un nouveau et acharné combat. Profitant de l'organisation des nouveaux examens d'Etat, n'ont-ils pas essayé d'arrêter dès leur début les nouvelles promotions de chirurgiens-dentistes en cherchant à obtenir des examinateurs des travaux disproportionnés avec la période d'études de ces débutants et le temps accordé pour les exécuter ? Nos adversaires n'ont pas été là bien habiles ; ils ont simplement montré toute l'injustice qui les animait, en faisant supporter les rancœurs de leurs différents échecs à des êtres qui n'étaient pour rien dans le passé ni dans l'organisation nouvelle de l'enseignement odontologique. J'estime même que ceux qui auraient voulu, c'est du moins leur excuse, un dentiste encore plus « médicalement instruit » exagèrent leurs conceptions. En effet, l'exercice de l'art dentaire exige en même temps une dextérité manuelle, un entraînement clinique tel que des études théoriques trop vastes, poussées trop loin, seraient, à de rares exceptions près, au détriment de l'habileté et du recrutement des praticiens. Un homme n'est jamais trop instruit, c'est vrai ; mais je craindrai toujours pour celui qui se sera mis tard dans sa vie à exercer cet art un manque d'habileté très préjudiciable. Vous pouvez devenir à 25 ou 30 ans un excellent accoucheur, mais vous aurez bien du mal à faire de la dentisterie opératoire et de la prothèse convenables si vous n'y avez été entraîné beaucoup plus jeune par certains travaux manuels précis et délicats. Or, avec la difficulté des programmes actuels, rares seront ceux qui auront le courage et la fortune de pouvoir mener de front leurs études médicales et leurs études den-

taires. Loin de moi l'idée de faire fi du doctorat en médecine comme complément d'études ; si par la suite vous pouvez l'obtenir, parfait, mais dentiste d'abord et médecin ensuite. Ce qui me fait surtout ainsi penser, c'est le rôle social du chirurgien-dentiste. En regardant les choses bien en face, sans ostentation, bien franchement et positivement, quel est le pain quotidien du chirurgien-dentiste ? La conservation des dents. Voilà ce que le public vient lui demander.

Les complications dentaires ou buccales seront de plus en plus l'exception de la pratique. Dans nos cliniques d'assistance, nous verrons malheureusement pendant encore longtemps de ces complications dues au manque de soins préventifs ; mais en clientèle elles se feront de plus en plus rares et ce seront surtout la dentisterie opératoire, la prothèse et l'orthodontie qui feront la pratique courante de tous nos confrères médecins-dentistes ou chirurgiens-dentistes. Qu'ils le veuillent ou non, les complications graves seront généralement du ressort de la chirurgie générale et, s'ils essaient de joindre à leur spécialité de dentiste celle d'oto-rhino-laryngologiste ou autre, ce sera peut-être au détriment de relations confraternelles fort utiles pour faire de la clientèle, et cette clientèle elle-même, comprenant parfaitement la différence d'outillage et de main, acceptera difficilement cette nouvelle cumulation de spécialités.

Je suis absolument d'avis que le chirurgien-dentiste doit avoir de sérieuses connaissances en anatomie, physiologie et pathologie générale. Cela lui est indispensable pour comprendre l'anatomie, la physiologie et la pathologie spéciale ; ici, comme en médecine ou en chirurgie générale, ce sont une suite de théorèmes découlant des précédents ; une suite de mêmes lois, de mêmes fonctionnements : pour comprendre l'un, il faut connaître l'autre. S'il ne lui est pas indispensable d'étudier la fièvre typhoïde aussi à fond qu'un médecin doit le faire, un chirurgien-dentiste doit pourtant connaître parfaitement les lois des phénomènes de l'inflammation, de la phagocytose, etc. Bien qu'il ne soit pas de son ressort d'opérer, par exemple, un phlegmon du plan-

cher de la bouche, il doit en connaître le mécanisme et être capable d'en faire le diagnostic. Et ce sont ces raisons qui ont fait inscrire dans nos programmes des cours d'anatomie et de physiologie générale, de pathologie interne et externe ; ce sont elles aussi qui nous ont fait organiser dans les hôpitaux des cours cliniques spéciaux pour présenter à nos élèves les grands malades et les grands opérés.

En un mot, le dentiste, sans être appelé à les soigner, doit savoir faire le diagnostic de certaines maladies, mais là doit se borner son rôle. Les conceptions contraires sont, à mon sens, exagérées et sont au détriment de son rôle essentiel : les soins des dents et de la bouche. « Qui trop embrasse, mal étreint », dit le proverbe.

Cette façon de voir est loin de m'être particulière. Dans les milieux médicaux les plus élevés, n'a-t-on pas agité déjà la question de savoir si l'on ne devait pas créer et imposer des diplômes spéciaux pour l'exercice des spécialités, yeux, nez, gorge et oreilles, voies urinaires, etc., en permettant la bifurcation vers ces études spéciales dès la 3ᵉ année de médecine. Dans notre milieu enfin, il nous suffit de jeter un coup d'œil à l'étranger pour constater que des maîtres incontestés de la science odontologique ont, eux aussi, la même conception de leur art. Kirk, Truman Brophy, Black, Cryer, pour l'Amérique ; Tomes, Mummery, pour l'Angleterre ; Guerini, Christensen, Jessen, Walkhoff, Aguilar et tant d'autres pour les pays d'Europe, ne sont-ils pas eux aussi des odontologistes ? La Suisse elle-même n'est-elle pas à la veille, comme l'Amérique, de consacrer le titre de docteur en dentisterie ?

Dans une discussion comme celle-ci il y a aussi un facteur capital à envisager : la fonction sociale du dentiste. On ne doit pas voir que l'individu, on doit aussi voir la nécessité de sa fonction. Or si les plus grandes villes de France regorgent de dentistes (Paris, Lyon, Bordeaux, Marseille), la petite province, qui représente à elle seule 34 à 35 millions d'habitants, commence seulement à en posséder quelques-uns (15 à 1600). Consultez donc un

législateur ; devant de tels chiffres il n'hésitera pas. Plus les générations se suivent, plus leur denture est mauvaise et plus elles éprouvent le besoin de se faire soigner. Or est-ce parmi les médecins qui se consacrent ensuite à l'art dentaire que vous pourrez trouver le nombre de dentistes nécessaires à cette fonction juste au moment où tous les hygiénistes s'accordent à la regarder comme de toute première nécessité? Non, tout le monde ne peut pas entreprendre 7 ou 8 années d'études et j'affirme une fois de plus la raison d'être du chirurgien-dentiste.

Or la science du chirurgien-dentiste est l'odontologie. Celle-ci est encore infiniment perfectible ; certes, nous avons encore de grands progrès à accomplir, mais qu'elle est donc la science qui n'en a pas?

Aussi pouvons-nous dire qu'à l'heure actuelle avec nos nouveaux programmes nos conceptions sont exactes. La science odontologique est une grande fille capable de se suffire à elle-même et pour laquelle nous réclamons une fois de plus l'autonomie, au même titre que les Anglais accordent le « self government » à leurs colonies capables de se gouverner elles-mêmes.

Pas plus que toutes, la science odontologique n'est ni plus ni moins tributaire des autres sciences : dans son intérêt même elle doit rester autonome et cette idée est une telle vérité que c'est cette seule raison qui lui a permis de résister victorieusement aux assauts répetés de ses plus ardents adversaires. C'est aussi cette vérité qui lui vaut l'honneur d'être admise dans l'Association françaises pour l'avancement des Sciences.

Or, mes chers confrères, vous savez tous combien notre « Société d'Odontologie a fait en France pour cette science dont elle est la fille aînée ». C'est elle la principale initiatrice de ce vaste mouvement dont je vous ai parlé au début et elle joue encore à l'heure actuelle parmi nous tous un des plus considérables rôles. Lorsque sont finies les études de l'étudiant en dentisterie, qui ne sont en somme que le bagage minimum nécessaire à l'exercice de son art, c'est en son sein

que nous venons tous nous compléter, c'est-à-dire nous tenir au courant de tous les progrès. Elle est et elle doit rester une sorte d'avant-garde de notre profession, un centre d'enseignement post-scolaire. L'ignorer, et c'est cela qui lui fait le plus grand honneur, c'est nous isoler et nous laisser distancer; or, actuellement, avec la marche si rapide des sciences, se laisser distancer c'est abandonner tout moyen de lutte, — et Dieu sait si elle est âpre! — c'est s'avouer vaincu à l'avance.

Aussi vous dois-je moi-même le plus sincère remerciement pour m'avoir fait l'honneur de me confier un poste de toute vigilance. Aussi, au nom de vous tous, dois-je faire appel à ce corps enseignant de notre Ecole qui tous les ans contribue pour une si large part à tous nos travaux, dans l'espoir de le voir continuer à nous donner le meilleur de lui-même, c'est-à-dire son initiative et le fruit de sa longue expérience. Vous tous aussi, mes plus jeunes confrères, je dois faire appel à vos recherches personnelles ; vous n'êtes pas envahis encore par la clientèle, vos loisirs vous permettent de nous relater vos intéressantes observations. N'y manquez pas ; que de choses dans notre pratique journalière sont passées sous silence et pourtant combien elles seraient utiles à être publiées. De ces observations naissent les plus captivantes discussions où chacun trouve son profit ; c'est là pour nous tous l'appoint scientifique dont je vous parlais tout à l'heure.

Permettez-moi de vous dire, pour terminer, combien je suis certain de ne pas faire appel en vain à votre dévouement, quand je vous aurai rappelé qu'il s'agit en somme d'achever par vos travaux incessants l' « Edifice odontologique » déjà si florissant et si utile à nos semblables. (*Applaudissements.*)

Le président. — Je vous remercie de vos applaudissements par lesquels je vois que nous sommes tous en communion d'idées.

II. — Le problème de l'articulation, par M. Gysi.

Le président. — Nous avons ce soir la bonne fortune de pos-

séder dans nos murs un des membres les plus éminents de la profession le professeur Gysi, de Zurich, qui a bien voulu se déplacer pour venir nous mettre au courant de ses travaux sur l'articulation temporo-maxillaire, et nous démontrer leur application en prothèse.

M. Gysi est professeur à la Faculté de Zurich, c'est un de nos confrères les plus dévoués aux intérêts de la profession, puisque nous le trouvons dans tous nos Congrès. Il n'est donc pas un inconnu pour nous et il est à peine besoin de vous le présenter.

M. Gysi fait sa communication, qui sera publiée prochainement.

DISCUSSION.

M. le président. — Avant de donner la parole aux confrères inscrits pour la discussion je tiens à remercier, au nom de tous, M. Gysi de l'excellente conférence qu'il vient de nous donner. Malgré l'aridité de certaines parties purement mathématiques, nous avons tous parfaitement suivi les développements scientifiques et les applications pratiques à son travail. Nous apprécions également l'importante documentation photographique qu'il nous a exposée. Son œuvre ainsi mise en lumière s'impose à l'esprit de tous. Nous ne pouvons trop le remercier de la précision qu'il vient de nous apporter dans l'étude de cette partie difficile de la prothèse. Je donne la parole à M. Davenport.

M. Davenport s'exprime en anglais. Ses paroles sont traduites ainsi par M. Georges Villain.

M. Davenport remercie le docteur Gysi de nous avoir exposé ses travaux. Il connaît le docteur Gysi depuis longtemps et admire ses travaux.

Il trouve que leur discussion serait trop longue pour qu'on puisse l'entamer ce soir et exprime tous ses remerciements à M. le Dr Gysi.

M. Amoëdo. — Etant donné que l'heure est très avancée, je ne veux pas vous entretenir longuement ce soir.

J'ai suivi avec le plus grand intérêt les travaux de M. Gysi depuis déjà près d'une vingtaine d'années, lorsqu'il publia en 1895 une très longue étude sur la mécanique et la construction des appareils dentaires [1]. Il faisait déjà à cette époque l'étude des arcades dentaires en procédant par synthèse, en partant du triangle équilatéral. Depuis lors je l'ai suivi dans tous ses travaux. Je suis allé à plusieurs reprises en Suisse pour apprendre directement de lui le maniement de ses appareils et

---

1. Dr A. Gysi. *Die gemetrische Konstruktion eines menschlichen obereno normalen Gebisses mittlerer Grösse. Odontologische Gesellschaft.* Zürich, février-mars 1895.

tout dernièrement, au mois de mai, je me suis rendu au Congrès d'Odontologie de Genève et là M. Gysi eut l'amabilité de nous expliquer, à moi, au docteur Pont et à d'autres confrères de Lyon le maniement de son dernier articulateur et c'est là que j'ai invité M. Gysi à venir ici nous faire cette conférence. Je me félicite de cette idée, étant donnée l'attention que la Société d'Odontologie lui a témoignée.

Après tout ce qui a été dit par M. Gysi, il serait prétentieux de ma part d'ajouter quelque chose. Vous voyez tous le travail que ces figures représentent : c'est la vie d'un homme et tous ne sont pas à même de pouvoir mener à bien un pareil ouvrage. Il a fallu pour cela un homme remarquable, doublé d'un mathématicien comme l'est M. Gysi.

Il faut que vous sachiez aussi que M. Gysi est en même temps un astronome très distingué et que dans toutes les sciences il a fait des incursions très approfondies.

Sachant cela, vous ne serez pas étonnés qu'il se soit attaché avec tant de passion à cette question de l'articulation et qu'il soit arrivé à nous donner un moyen de reproduire exactement tous les mouvements de la mâchoire. Un point très important de sa communication de ce soir, c'est qu'il n'y a pas une figure, pas un tracé, pas une mensuration qui ne soit pas suivie d'une indication pratique pour l'application au patient, lorsque nous faisons un dentier.

Comme le disait M. Gysi tout à l'heure, il est très difficile de comprendre d'emblée cette communication et de se mettre à travailler avec son articulateur perfectionné et de pouvoir en tirer un résultat satisfaisant. C'est comme si l'on voulait faire du microscope tout à coup, ou si l'on donnait le microscope ou l'ultra-microscope à quelqu'un qui n'est pas familiarisé avec la micrographie. Il faut procéder pas à pas, c'est-à-dire commencer avec un articulateur moins compliqué et arriver à cet articulateur qui est la dernière expression de la perfection, et je ne crois pas qu'il soit possible, avant longtemps, d'arriver à faire quelque chose de mieux.

Je me permettrai, dans une séance prochaine, de vous apporter non pas un perfectionnement aux travaux de M. Gysi, je suis incapable de le faire, mais au contraire, je voudrais faire quelque chose d'élémentaire, de beaucoup plus simple, à la portée de tous.

J'ai fait un articulateur très simple, qui est encore plus simple que le Simplex de M. Gysi. Avec cela on pourra commencer, quitte, plus tard, lorsqu'on sera familiarisé avec la prise des mouvements de l'articulation temporo-maxillaire, à employer l'articulateur perfectionné du Dr Gysi.

Il faut qu'il reste acquis, ce soir, qu'il est indispensable, pour faire un dentier complet, de prendre les mouvements de l'articulation temporo-maxillaire dans les mouvements de propulsion. Lorsqu'on prend ces mouvements de propulsion, on a déjà une idée et l'on sait comment doivent être placées les dents dans l'articulateur. On peut dire à son mécanicien : Il me faut une trajectoire de... et un plan de compensation de... Les molaires dans ce cas-là seront plates. Dans l'autre cas, les molaires seront à cuspides longs et à rainures profondes.

Chaque cas requiert une forme de molaires particulières et elles doivent être placées dans un plan de compensation en relation avec les mouvements de l'articulation.

Je ne veux pas m'étendre davantage, je vous promets — comme je vous le dis — une communication très simple et très élémentaire, qui sera peut-être le point de départ pour ceux qui ne sont pas initiés pour arriver à pouvoir mettre en pratique les connaissances si précieuses et de si haute valeur que vient de nous communiquer ce soir M. Gysi. (*Applaudissements.*)

M. Godon. — Je veux seulement exprimer toute mon admiration à M. le prof. Gysi pour les travaux scientifiques, si intéressants et si précieux pour nous qu'il vient d'exposer ce soir devant la Société d'Odontologie de Paris.

Voilà de nombreuses années que je m'occupe de la question des lois de l'articulation.

J'ai eu le grand plaisir de recevoir chez moi en 1889 Bonwill lorsqu'il est venu nous présenter son articulateur au premier Congrès dentaire international. Depuis, je n'ai cessé de m'intéresser à ces travaux ; vous voyez aujourd'hui par la communication qu'on vient de vous faire combien cette question est complexe.

Nombre de points de la communication de notre confrère m'ont intéressé, mais surtout ses figures rétrospectives montrant les différents articulateurs, depuis le simple articulateur en plâtre qu'on employait autrefois et que malheureusement on emploie encore, jusqu'aux articulateurs actuels. Vous avez vu qu'à mesure qu'on découvrait les différents mouvements de l'articulation, on passait aussi à des articulateurs plus compliqués. C'est toute une page de l'histoire de notre profession pendant 50 ans qui a défilé devant vous.

Les premiers travaux de Bonwill datent de 1858. C'est une fois de plus pour moi l'occasion d'avoir à constater combien les progrès se sont faits lentement pour connaître entièrement ces lois des mouvements articulaires.

Les hommes comme Bonwill, Parfitt, Christensen, Gysi, Grit-

mam, Amoëdo, etc., ont consacré une partie de leur existence à ce problème qu'on étudie depuis près de 60 ans. La belle communication de ce soir, résume et complète tous leurs travaux, mais je ne fâcherai pas notre conférencier et excellent confrère Gysi en disant que cette question n'a pas encore reçu sa solution définitive, malgré l'importante contribution qu'il vient d'y apporter.

Je me félicite, en mon nom et au nom de tous les membres de cette Ecole, d'avoir eu le plaisir de voir M. le professeur Gysi venir ici nous faire ce soir cette communication. J'engage tous ceux de nos collègues qui ne sont pas encore familiarisés avec cette question de se reporter à *L'Odontologie* de 1910, ils y reverront dans les plus grands détails la conférence de M. Gysi. Il y a ce soir ajouté pourtant des détails nouveaux et des plus intéressants.

J'engage ces mêmes confrères, s'ils ne veulent pas être rebutés par des débuts arides parfois, à commencer leurs applications pratiques à l'aide d'un articulateur élémentaire comme le Simplex que M. Gysi a eu la très bonne idée de préparer pour le mettre à la disposition des commençants.

J'exprime à nouveau toute mon admiration et tous mes remerciements au professeur Gysi, j'adresse aussi tous nos remerciements au Bureau de la Société d'Odontologie qui a bien voulu placer cette question à l'ordre du jour en faisant appel aux hommes compétents comme MM. Davenport et Amoëdo.

Je souhaiterais de voir continuer cette série de communications et de présentations ayant des rapports avec cette question. Il faut en mettre chaque mois à l'ordre du jour de nos séances afin de réunir tous les documents qu'elle comporte actuellement et en tirer des conclusions pratiques.

M. G. Viau. — Je ne voudrais pas manquer de me joindre à nos amis pour féliciter le professeur Gysi qui est pour nous une ancienne connaissance. Nous l'avons vu au Congrès de 1889, le premier Congrès International qui s'est tenu à Paris ; depuis il a travaillé d'une façon acharnée cette question si importante.

M. Gysi a été nommé il y a quelques années professeur à l'Université de Zurich, où il enseigne la prothèse dentaire. Ce soir, en essayant de nous expliquer dans une trop courte conférence les résultats de ses travaux, il nous a tous un peu émus et troublés, car nous avons évidemment l'impression que le sujet de cette conférence devrait faire l'objet d'un cours pendant trois mois au moins.

J'ai rencontré très rarement M. Gysi depuis l'année 1889 ; cependant il y a 3 ans, avec mon ami le Dr Frick, de Zurich, je l'ai vu dans les Alpes. Il m'a parlé de ses travaux et je

suis tout à fait content de vous rappeler ce soir que c'est moi qui vous ai rapporté ce travail que nous avons tous lu dans *L'Odontologie.*

Je lui ai dit ce soir : « Vous êtes un ami vraiment oublieux, puisque j'ignorais totalement votre venue à Paris aujourd'hui ».

Heureusement que mon ami Frick, son camarade d'études à l'Université de Philadelphie, où ils sont restés deux ans ensemble, m'a renseigné plusieurs fois sur les travaux qu'il poursuivait.

M. Gysi ne nous dit pas certains détails que je suis heureux de rappeler ce soir.

Appelé l'année dernière à New-York par l'Association odontologique de cette ville, il a fait non seulement plusieurs conférences, mais il a fait une démonstration à nos confrères américains, qui ont été extrêmement frappés de la valeur de son travail.

M. Gysi s'était offert d'exécuter un dentier. Or ses collègues américains avaient choisi, non pas un malade de clinique, mais le patient d'un confrère américain sur lequel de nombreux essais de dentiers avaient été faits sans résultat satisfaisant ; après avoir pris ses mensurations, il a guidé le mécanicien d'un confrère dans la confection de ce dentier, qui a été exécuté du matin au soir. C'était, je crois, le jour de la dernière conférence et l'on offrait le soir même un banquet à M. Gysi. Le porteur du nouveau dentier est venu banqueter aussi et tout le monde l'a vu fonctionner, on lui a même fait broyer des choses difficiles. Ce patient a démontré de la façon la plus incontestable qu'il possédait enfin un dentier qui tenait et broyait.

M. Gysi a eu le succès qu'il méritait.

Il lui a été proposé d'ailleurs d'abandonner l'Europe et de venir s'installer à New-York où on lui aurait installé une clinique et un centre d'enseignement. On lui a fait les offres les plus avantageuses ; les fabricants de dents ont bien voulu se charger de faire des dents d'après ses modèles et dans quelques mois nous aurons des blocs de molaires en céramique réunissant 4 molaires, ce qui nous facilitera considérablement l'exécution des dentiers que nous avons tous envie de construire maintenant.

Il a étudié, il a sculpté et articulé lui-même ces blocs qui sont faits actuellement et qui se trouveront prochainement dans le commerce.

Enfin une dernière particularité : ces grands avantages qui ont été offerts à M. Gysi n'ont pas pu le décider à s'expatrier, car il est suisse, et nous savons que les Suisses sont des patriotes ardents. Je crois que nous pouvons nous en féliciter grandement, parce que Zurich est plus près de Paris et que nous pouvons espérer ainsi qu'il viendra continuer cette conférence qui mal-

gré tout son mérite, est vraiment insuffisante, pour moi tout le premier. *(Applaudissements.)*

M. le président. — Au nom de l'Assemblée, je remercie M. Gysi, une dernière fois de l'empressement qu'il a mis à quitter Zurich pour venir nous faire cette très intéressante conférence. Nous n'avons qu'un regret, c'est de ne pas pouvoir posséder plus longuement M. Gysi pour qu'il puisse nous enseigner d'une façon plus approfondie encore les données qu'il a exposées aujourd'hui.

J'espère que M. Gysi voudra bien être des nôtres lors du prochain voyage qu'il fera à Paris afin de venir compléter sa belle conférence. *(Applaudissements prolongés.)*

La séance est levée à 23 h. 3/4.

Le secrétaire général,
R. LEMIÈRE.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance de janvier 1914.

I. — NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT DES DENTS.

M. le Dr Petit, de Nice, décrit une nouvelle méthode de traitement des dents par la mathucine, camphol et rosaldéhol. Il décrit méticuleusement le mode d'emploi de ces corps dans tous les cas de pathologie dentaire, non seulement traitement du 2e, 3e, 4e degré, mais traitement avec succès rapide des abcès, fistules, arthrites. Cette méthode, minutieuse à appliquer, semble avoir donné des résultats merveilleux et très encourageants.

II. — KYSTE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR.

MM. Chompret et Maurel présentent une jeune femme opérée et guérie d'un kyste du maxillaire supérieur droit. L'état de la bouche était le suivant :

La deuxième petite molaire et la première grosse molaire supérieure droite étaient cariées et réduites à l'état de racines ; la région maxillaire supérieure droite présentait une tuméfaction s'étendant de la première petite molaire à la deuxième grosse molaire ; grosseur dure et douloureuse ayant comme dimension environ six centimètres sur quatre ; ce kyste fut opéré après anesthésie locale à la novocaïne-adrénaline ; la membrane kystique enlevée, ainsi que le bord alvéolaire avec les deux petites et grosses molaires. Vingt-cinq jours après, il y avait guérison parfaite. Une pièce de prothèse sera établie ultérieurement.

III. — L'hyperesthésie dentinaire, son traitement homœopathique.

M. de Nevrezé fait une conférence intéressante et très écoutée sur cette question. Voici déjà plusieurs fois que l'on traite à la Société de Stomatologie de l'application de l'homœopathie à l'art dentaire. Les résultats obtenus et publiés sont excessivement intéressants et méritent d'attirer l'attention.

Toutes les intoxications frappant le système nerveux périphérique ont un retentissement sur le système nerveux de la dent. L'auteur pense qu'on peut rattacher plus particulièrement l'hyperesthésie dentinaire à des toxines autogènes et que l'on peut étudier ces troubles fonctionnels de la dent sous le nom d'hyperesthésie dentinaire autotoxinique. Cette notion pathogénique donne également son traitement ; il consistera à drainer les toxines qui imprègnent le système nerveux sensitif par des remèdes spéciaux. Trois médicaments sont dans ce but journellement employés : Gelsemium, Nux vomica, Ignatia.

P. Vanel.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

6e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

(Londres, 1914.)

Ainsi que nous l'avons déjà annoncé, le Congrès de Londres doit comprendre 10 sections.

Sur la présentation de la Fédération dentaire nationale française, le Comité d'organisation du Congrès a nommé présidents d'honneur français de ces sections les confrères suivants :

1re Section. Anatomie, histologie et physiologie dentaires: M. Choquet.

2e Section. Pathologie et bactériologie dentaires: M. Cavalié (Bordeaux).

3e Section. Chirurgie et thérapeutique dentaires: M. Pont (Lyon).

4e Section. Physique, chimie, radiographie et métallurgie dentaires: M. Franchette.

5e Section. Prothèse dentaire: M. P. Martinier.

6e Section. Orthodontie : M. Frey.

7e Section. Chirurgie buccale et prothèse chirurgicale: M. Delair.

8e Section. Anesthésie générale et locale: M. Vichot (Lyon).

9e Section. Hygiène buccale, instruction publique et services dentaires publics: M. Siffre.

10e Section. Enseignement dentaire: M. Roy.

Rappelons que le Congrès se tiendra du 3 au 8 août et qu'il est de la plus haute importance que la profession dentaire française y soit largement représentée pour les raisons si bien développées dans la lettre adressée à ce sujet par la Fédération dentaire nationale aux Sociétés adhérentes.

Les adhésions et les titres de communications peuvent être adressés dès maintenant au secrétaire du Comité français, représenté par la F. D. N., M. Henri Villain, 10, rue de l'Isly, Paris.

CONGRÈS DU HAVRE (1914)

Dans sa dernière séance le Conseil d'administration de l'A. F. A. S. a décidé que le Congrès du Havre s'ouvrira le lundi 27 juillet.

Nous sommes très heureux du choix de cette date, qui permettra à nos confrères français d'assister successivement à notre Congrès national du Havre et au Congrès international de Londres, celui-ci devant commencer le 3 août, comme nous le disons plus haut.

Pour la réunion scientifique du Havre, comme pour celle de Londres, nous adressons un pressant appel aux dentistes français afin qu'ils donnent à leur Congrès national tout l'éclat qu'il doit avoir et que la Section d'odontologie continue à tenir, à l'A. F. A. S., le rôle brillant qu'elle joue dans cette grande et belle Association.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

SESSION DE LA HAYE 1913.

COMMISSION D'HYGIÈNE

Séance du 28 août 1913.

Présidence de M. JESSEN, président.

(Suite.)

M. Jessen fait part des nominations suivantes de membres de la Commission d'hygiène :

Président d'honneur : Dr Truman Brophy (Chicago).

Membres honoraires : MM. Sedley Taylor (Cambridge) ; Brooks, rédacteur en chef du *Cambridge Daily News.*

Membres : MM. Hauptmeyer, directeur de la clinique dentaire municipale de Duisburg ; Krupp (Essen) ; Friedemann, directeur de la clinique dentaire scolaire ; Kehr, directeur de la clinique dentaire scolaire de Dusseldorf ; Prof. Michel, directeur de l'Institut dentaire de l'Université de Wurzbourg ; Ebert (Rio de Janeiro) ; Neuhaus (La Haye) ; Van der Linde (Zwolle) ; Van Geldere (Zaandam) ; Devries (Amsterdam) ; Kinert (Swendborg) ; Whitaker (Manchester) ; Harrison (Brighton).

Comité national russe : MM. Kowarski, *président* (Moscou) ; Dauge, *vice-président* (Moscou) ; Taubkin, *trésorier* (Moscou) ; Gunsburg, *secrétaire* (Moscou) ; Okonntschikoff, *secrétaire-adjoint* (Moscou) ; Kikitina, *bibliothécaire* (Moscou).

Il annonce également qu'une section d'hygiène buccale publique de l'Association dentaire russe a été formée avec M. Kowarski, *président* (Moscou), et Gunsburg, *secrétaire* (Moscou).

M. Godon insiste sur les grands progrès faits en Russie et pense que c'est une occasion pour la F. D. I. de faire de la propagande dans ce pays.

M. Lenhardtson, secrétaire, a mis à l'ordre du jour les quatre questions suivantes :

1° Doit-on recommander l'extraction totale des dents des enfants des écoles ?

2° Convient-il de charger des cliniques scolaires des dentistes y consacrant tout leur temps ou n'y consacrant qu'une partie de leur temps ?

3° Rémunération des dentistes scolaires ;

4° Le traitement dans les cliniques scolaires doit-il être gratuit ou non ?

Il estime qu'il y a lieu d'étudier l'organisation de l'hygiène dentaire publique et les moyens de collaborer dans ce but avec les autorités de l'État et des villes.

MM. Colyer et Lloyd Williams, de l'hôpital dentaire royal de Londres, sont partisans de l'extraction totale des dents d'un enfant qui ne peuvent pas être obturées aisément et leur opinion a été acceptée en général en Angleterre. Ils semblent d'avis que le plus important, c'est de faire disparaître les conditions septiques. Il est un peu opposé à cette idée parce que ces deux praticiens n'ont pas suffisamment prouvé que l'occlusion des dents permanentes subséquentes n'en serait pas affectée. A Stockholm on a essayé de sauver les dents, même fortement endommagées. Il serait intéressant d'avoir l'opinion des dentistes des écoles anglaises à cet égard.

Il est partisan des dentistes scolaires ne consacrant qu'une partie de leur temps, parce que ce sont des hommes expérimentés, aptes à travailler rapidement. Ils doivent être bien rémunérés, car leur tâche est très pénible et très fatigante et la collectivité en profite. Il pense d'ailleurs que les dentistes préféreront un service partiel leur laissant la faculté de faire de la clientèle privée. Dans beaucoup de pays les dentistes ont contribué à faire ce service gratuitement en grande partie et cela a aidé à relever le côté social de la profession. Toutefois l'hygiène dentaire scolaire n'est pas de la philanthropie, mais bien une question sociale et économique.

Que doit être une juste rémunération ? Il est difficile de fixer un tarif international. Il ne doit pas y avoir de prolétariat dans la profession, comme c'est la tendance en Allemagne avec l'assurance ouvrière et les sociétés d'assurance en cas de maladie. La Société dentaire suédoise a fixé la rémunération à un minimum de 7 francs par heure avec une échelle variable, mais après quelques années

les dentistes scolaires seraient comme des employés civils appointés et avec les pensions des fonctionnaires de l'Etat.

En Angleterre les dentistes donnant une partie de leur temps reçoivent 25 francs par demi-journée et ceux qui donnent tout leur temps de 6.250 francs à 7.500 francs par an. Certes le travail du dentiste scolaire est plus pénible et plus fatigant que celui du médecin scolaire et s'ils demandent une rémunération qui ne soit pas moindre, ils ont raison. L'important est de ne pas déprécier leur travail et leur habileté dès le début.

M. Jessen estime que la Commission n'est pas une assemblée assez grande pour régler cette matière et qu'il faut la renvoyer au Congrès de Londres.

M. Lenhardtson voudrait voir discuter la question, si possible, en raison de la prochaine enquête qui sera faite par la Commission royale suédoise.

M. Quintin appuie l'ajournement.

Traitement uniforme dans les cliniques dentaires scolaires.

M. Jessen propose ce qui suit :

1. Il faut que les enfants soient présentés dès l'âge de 2 ans 1/2 tous les six mois pour être examinés à la clinique dentaire scolaire, afin que les dents de lait puissent être obturées avant de devenir douloureuses et que les enfants entrent à l'école communale avec une bouche saine.

2. Il faut que chaque enfant possède, dès l'âge de 2 ans 1/2, sa brosse à dents et apprenne à s'en servir tous les jours matin et soir, afin que le peuple soit chargé dès la prime enfance de son hygiène dentaire.

3. La bouche des enfants qui se trouvent plus tard à la clinique dentaire scolaire doit être soumise au traitement conservateur. Toutefois, les dents cariées qui ne peuvent être obturées et qui sont des foyers de corruption doivent être extraites. Les racines sèches de dents de lait doivent rester dans l'intérêt du développement des maxillaires jusqu'à ce que les dents qui leur succèderont fassent leur apparition.

Les couronnes usées doivent dans ce cas être coupées et les racines doivent être limées également, mais non être enlevées.

4. Les molaires de 6 ans doivent être traitées et conservées autant que possible jusqu'à 12 ans et n'être extraites que lorsqu'elles sont très défectueuses ou quand la place est insuffisante.

5. Dans toutes les circonstances et dans tous les cas il faut gagner la confiance des enfants. Les enfants qui résistent et qui ne veulent pas se laisser traiter ne doivent pas être forcés, mais doivent être accueillis aimablement quand ils reviennent.

Il faut dans tout traitement avoir égard à la possibilité de mastiquer, au changement de denture et à l'état général.

6. Chaque traitement doit être institué suivant l'individu et se régler d'après l'âge, la constitution et le caractère de l'enfant.

M. Godon trouve très intéressantes les propositions de M. Jessen, mais pense que, dans l'état actuel des connaissances, il n'est pas possible de faire la recommandation n° 4 ; il propose donc de la modifier ou de la supprimer.

M. Paterson voit un danger à ce que la Commission d'hygiène, comme représentant de la F. D. I., prenne une attitude qui ne soit pas approuvée par la grande majorité des dentistes du monde. Il demande que les propositions Jessen et Lenhardtson soient portées devant le Congrès dentaire international en leurs propres noms, comme l'expression de leurs opinions individuelles et non comme celles de la Commission d'hygiène de la F. D. I. Il s'associe entièrement aux remarques de M. Godon touchant l'extraction de la molaire de 6 ans.

M. Förberg appuie la demande de M. Paterson.

M. Jessen l'accepte.

M. Lenhardtson est du même avis que M. Paterson, mais voudrait que la question fût discutée ce jour-là.

M. Francis Jean demande que la Commission indique nettement ses vues.

M. Brophy se voit obligé de critiquer les mots *place suffisante* du paragraphe 4. Il y a toujours assez de place dans la bouche pour les premières molaires. Il est d'avis de supprimer complètement la question n° 1 relative à l'*extraction totale des dents*. Le temps est passé où l'extraction des dents devait être tolérée excepté comme dernière ressource et la profession doit déclarer catégoriquement que c'était une erreur. S'il y a maladie des dents, un dentiste habile peut en venir à bout par un traitement approprié. Il regrette que la question soit ainsi posée ; les mots *extraction totale* lui font horreur.

M. Lenhardtson est de l'avis de M. Brophy, mais on doit discuter la question, parce qu'elle a été soulevée par l'enseignement et la pratique de confrères anglais éminents.

M. Paterson hésite à croire que *l'extraction totale* des dents des écoliers soit pratiquée par MM. Colyer et Lloyd Wlilliams. Il importe beaucoup de discuter à Londres la question de savoir dans quelle mesure l'extraction des dents temporaires ou permanentes doit être pratiquée, mais il est sans objet de la discuter à cette réunion. Si on lui demandait si l'extraction totale des dents des enfants des écoles doit être recommandée, il répondrait carrément *non*, et il pense que telle serait la réponse de tous.

M. Förberg trouve inopportun de discuter la question complètement, mais désire appeler l'attention sur le fait que les avocats de l'extraction ont oublié que leur devoir était d'encourager le développement de l'hygiène et de la prophylaxie. On doit agir de façon que le davier soit définitivement abandonné comme un instrument plus ou moins ancien : c'est là le véritable but de l'hygiène dentaire.

M. van der Hœven estime que la question dépend des conditions locales. S'il n'y a qu'un seul dentiste chargé d'un grand nombre d'enfants qui souffrent, l'extraction est le seul moyen pratique pour soulager et donner une bouche propre. Bien que les dentistes préfèrent traiter ces cas par la méthode conservatrice, le temps ou les ressources des patients ne le permettent pas toujours et chaque pays n'a pas un Institut Forsyth. En Hollande on n'a pas encore réussi à établir une clinique scolaire dans une seule ville.

M. Guerini considère qu'il vaut mieux enseigner à tous que toutes les dents doivent être conservées, surtout les molaires.

MM. Jessen et *Lenhardtson* consentent à retenir leurs propositions et à les présenter personnellement à Londres.

Rapports des Comités nationaux.

M. Jessen annonce avoir reçu du D[r] Gabriel Wolf (Vienne) un télégramme de salutations, ainsi que le deuxième rapport annuel de la Société autrichienne de traitement dentaire scolaire ; il a reçu également de Russie un rapport qui sera inséré dans les *Archives d'hygiène buccale.*

M. Rosenthal annonce que la Fédération dentaire nationale belge a discuté la question du traitement dentaire et que, sur la proposition de M. Pitot, elle a adopté une résolution en faveur de l'organisation des cliniques enfantines. Elle a tenu à l'Exposition de Gand un Congrès dans lequel M. Frey a présenté un excellent rapport qu'il a été prié de présenter à la Commission d'hygiène.

M. Francis Jean, président de l'Association française d'hygiène dentaire, donne lecture du document suivant :

Nos réunions internationales, bien que n'ayant qu'un rôle consultatif, n'en ont pas moins un intérêt considérable pour les questions qu'on y discute, les idées qu'on y échange et les vœux qu'on y émet.

Il est évident que l'on doit faire des efforts pour unifier les méthodes propres à vulgariser la nécessité de l'hygiène dentaire, mais il est évident aussi que nous ne devons pas attendre que ce rêve soit réalisé pour agir.

La complexité de cette question d'unification en rend la solu-

tion peut-être lointaine et certainement délicate, parce qu'il faut compter avec la mentalité des peuples et appliquer les moyens que leurs ressources leur procurent. Par ressources j'entends les concours administratifs, techniques et matériels.

Quoi qu'il en soit, le devoir des Sociétés affiliées à la Commission internationale d'hygiène dentaire est de venir y exposer le résultat de leurs travaux et leurs projets. C'est ce que je suis chargé de faire aujourd'hui au nom de l'Association française d'hygiène dentaire. L'année dernière nous n'avons pu, bien à regret, nous rendre à la réunion de Stockholm et nous avions adressé aux Membres de cette Commission un rapport sur l'état actuel de l'hygiène dentaire en France.

Pour arriver à des résultats pratiques nous avons jugé bon d'adopter la méthode de travail suivante en nous occupant :

1° Des conférences publiques et scolaires ;
2° Des tableaux muraux ;
3° Des cliniques scolaires et militaires.

Nos préoccupations portèrent donc tout d'abord sur les conférences qui ont pour but d'intéresser à l'hygiène dentaire les membres de l'enseignement, le public et les écoliers. Dans une œuvre comme la nôtre, c'est une question des plus complexes, des plus délicates et des plus difficiles. En effet, le fond et la forme de ces conférences doivent varier suivant qu'elles sont destinées à tel ou tel auditoire et dans tous les cas la destruction des préjugés populaires et du charlatanisme constitue une bonne partie de nos tendances.

Le tableau mural frappe l'esprit par les yeux et, grâce à la notice qui l'accompagne, permet à l'instituteur de faire des causeries sur les dents, dans des conditions suffisantes pour éveiller ce sentiment de la nécessité de l'examen et des soins dentaires sans lesquels l'asepsie de la bouche ne peut exister. En outre, l'exposition permanente de l'image complète ce que l'enfant n'a pu saisir dans un discours et constitue en quelque sorte une conférence vivante constante. C'est parce que l'image a une valeur incontestable que des projections doivent accompagner toutes les conférences. Les écoles sont très nombreuses et, si toutes ne peuvent être favorisées de conférences, chacune pourra posséder un tableau lui permettant de s'en servir comme le jugera convenable son directeur.

Ces deux méthodes de propagande amènent forcément le public pauvre à reconnaître qu'il est indispensable que des cliniques scolaires soient créées afin de pouvoir mettre en pratique les conseils donnés sous des formes différentes. Pour que ces cliniques soient des plus utiles, en réduisant le préjudice matériel que peuvent douter (à tort, à notre point de vue) certains jeunes confrères au

début de leur carrière, il est essentiel qu'elles ne soient établies que dans des quartiers populeux et pauvres.

Il est, par exemple, très facile d'organiser une clinique scolaire dans un quartier riche. Il est par contre beaucoup plus compliqué de le faire dans un quartier pauvre, bien que ce soit incontestablement plus utile.

Et, dès que nous posséderons des cliniques scolaires, en plus des examens, des consultations et des opérations urgentes qu'on devra y faire, il conviendra d'établir des statistiques périodiques lesquelles devront être refaites, comparées et publiées tous les deux ou trois ans.

C'est dans cet ordre d'idées que cette année nous sommes parvenus à des résultats très satisfaisants. Nos conférences ont eu un accueil des plus encourageants dans les écoles primaires et normales. L'auditoire des écoles primaires ne comptait pas moins de deux cent cinquante personnes accompagnant leurs enfants. Celui des écoles normales est toujours plus restreint parce qu'il n'est composé que d'élèves, futurs instituteurs ou institutrices.

Nous possédons un tableau mural destiné exclusivement à l'éducation populaire. Il n'est fait ni pour le dentiste, ni pour l'étudiant, ni pour le médecin. Sa place est indiquée dans toutes les cliniques et dans toutes les écoles.

Et cette année la clinique scolaire aura ouvert en France le champ de ses bienfaits.

Cet exposé nous a semblé être des plus pratiques. Nous le soumettons à vos méditations en vous remerciant, au nom de l'Association française d'hygiène dentaire, des quelques instants d'attention que vous avez bien voulu nous accorder.

A titre documentaire nous remettons à M. le Président un spécimen de nos travaux comprenant un tableau et des notices explicatives.

Et je profite de l'occasion qui m'est offerte pour féliciter le Comité national français de la création d'une clinique scolaire en priant M. l'adjoint au maire du 8e arrondissement de Paris, ici présent, de bien vouloir remettre, de notre part, au directeur de la clinique, dont il a annoncé la fondation, le tableau que nous venons de présenter à la Fédération dentaire internationale.

M. Godon remercie M. Francis Jean d'avoir présenté l'intéressante et utile affiche murale « Soignez vos dents » à la F. D. I.

M. Cunningham rappelle que l'Association dentaire britannique a tenu son assemblée annuelle à Cambridge, où a été établie la première clinique dentaire scolaire anglaise avec tant de succès. Beaucoup d'autres cliniques ont été établies depuis. En Angle-

terre on tient à ce que la rémunération des dentistes scolaires soit aussi élevée que possible afin d'amener les dentistes habiles à s'intéresser à la chose. Le dentiste scolaire de Cambridge, M. Jones, dans sa communication *La conquête de la carie* faite à cette Association, a montré que 72 o/o des écoliers ont maintenant des dents permanentes saines et que cette proportion sera sans doute de 84 o/o l'an prochain.

Il espère pouvoir faire une communication au prochain Congrès sur la *science et le cinéma.* Il prépare un nouveau film avec des éléments réunis en France, en Suède et en Hollande, qui sera réellement international et il en a un français intitulé *Les dents pour tous.*

M. Jenkins a vu l'enthousiasme avec lequel la question de l'hygiène buccale est abordée en Amérique et les résultats déjà obtenus sont extraordinaires. Quoiqu'il n'y ait pas encore de mouvement national complètement organisé, celui-ci est en bonne voie en raison de l'esprit d'unité avec lequel les sociétés dentaires travaillent en commun dans ce but. La propagande y a été grandement facilitée par la population, qui a tout de suite compris ce que l'hygiène buccale peut faire pour le pays. L'Intitut Forsyth, de Boston, est un exemple de ce qu'on peut attendre de la population. On s'intéresse beaucoup à l'hygiène, non seulement à Boston, mais dans tout le Massachusetts, comme il l'a constaté en assistant à une réunion récente de la Société dentaire, qui a examiné la possibilité d'employer des infirmières dentaires pour les procédés manipulatoires qui se rencontrent dans le traitement de la pyorrhée.

M. Jessen annonce que l'Amérique compte maintenant 150 sociétés s'occupant d'hygiène buccale.

M. Guerini annonce qu'il a décidé de faire un don en argent à la Commission d'hygiène.

La séance est levée. (*A suivre.*)

BULLETIN

SOLIDARITÉ PROFESSIONNELLE

Intéressante manifestation du Groupe des amis des Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique et de l'Association générale syndicale des dentistes de France.

La solidarité est une des raisons d'être du Groupe des amis des Ecoles et de l'Association et de nos grands groupements en général, notamment de l'Association générale syndicale des dentistes de France, qui s'est toujours efforcée de donner le plus d'essor possible aux œuvres de mutualité, qu'elle pratique en fait depuis 1879, sous les formes les plus diverses.

Mais la solidarité est aussi une forme un peu plus concrète de la mutualité et surtout d'une réalité plus effective. C'est, en effet, la « dépendance naturelle entre » plusieurs personnes ou entre les hommes qui fait » que les uns ne peuvent être heureux, se développer, » que si les autres le peuvent aussi, d'où résulte l'obli- » gation de s'entr'aider ».

L'Association n'a jamais manqué à ce devoir, n'est jamais demeurée indifférente aux infortunes professionnelles : elle a créé une caisse de prévoyance pour venir en aide à ses membres dans le besoin et l'on se rappelle encore avec émotion la grande souscription qu'elle ouvrit en 1896, à la mort de Paul Dubois, et qui lui permit d'assurer une rente viagère à sa veuve et à ses enfants.

La solidarité entre hommes de même milieu, d'une intellectualité égale, poursuivant le même idéal avec des principes identiques, unis solidement les uns aux autres par l'exercice d'une profession des plus utiles, crée entre ceux qui la pratiquent des liens des plus étroits. Sans rester étrangère aux idées de fraternité

universelle, elle se limite forcément à un nombre restreint de participants, parce qu'elle doit, pour être efficace et bienfaisante, circonscrire son champ d'action, mais elle en est, par contre, plus puissante, parce que ses effets touchent tous ceux qui sont dans sa sphère.

Le Groupe des Amis des Ecoles et de l'Association a, sous ce rapport, prouvé heureusement sa vitalité. Ceux qui le connaissent ont loué son initiative et c'est à tort et en vain que quelques confrères ont attribué à sa création des visées politiques ou une orientation professionnelle restrictives.

Ce Groupe ne s'est pas fondé seulement pour soutenir les intérêts des Ecoles et de l'Association, pour prendre la défense des administrateurs de ces groupements, pour s'occuper de politique et d'orientation professionnelles ; il s'est fondé aussi pour faire œuvre de solidarité au sens que nous avons rappelé plus haut, et ce n'est pas le côté le moins beau de son rôle.

Evoquons à ce propos la souscription ouverte à la mort prématurée de notre confrère Loriot pour venir en aide à sa femme et à ses enfants que sa disparition laissait presque sans ressources.

Le Groupe a prouvé aussi que dans notre profession, sinon plus, au moins autant que dans toute autre, la reconnaissance tient une grande place dans nos cœurs.

Nous ne saurions nous remémorer sans que notre cœur batte l'imposante manifestation de sympathie qui s'est produite en l'honneur de notre distingué confrère M. Levett, lorsqu'il a résigné ses fonctions de professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Nous avons eu tout récemment, lors de la retraite de notre excellent et dévoué confrère M. Lucien Lemerle, une preuve éclatante des sentiments qui animent le Groupe.

Le Groupe s'est fait un devoir, par discrétion professionnelle, de ne pas indiquer les chiffres des sous-

criptions versées par les adhérents ; mais il est intéressant de donner le résultat.

Il a été recueilli pour cette manifestation près de cinq mille francs, dont mille ont été employés au banquet du 20 décembre 1913, et le reste à l'achat d'une plaquette commémorative de cette belle fête, dont nous donnons ci-contre la reproduction, et à l'achat d'une automobile Peugeot, qui a été offerte en souvenir à M. Lemerle et qui est venue exaucer un vœu cher à notre très estimé confrère [1].

Nous reproduisons également la photographie de la voiture en question, de même que nous donnons le portrait de son propriétaire, M. Lucien Lemerle.

On ne saurait trop se féliciter du grand succès obtenu par la manifestation enthousiaste de regrets et de reconnaissance qui a salué M. L. Lemerle au moment de sa retraite, et le Groupe des Amis des Ecoles et de l'Association peut être fier d'avoir conçu et conduit une telle manifestation, donnant ainsi un exemple de cette solidarité professionnelle que nous évoquions au début de ces lignes.

HENRI VILLAIN,
Secrétaire du Groupe des Amis des Ecoles et de l'Association.

---

1. Nous tenons, à cette occasion, à remercier très vivement M. Coquille, ingénieur, directeur de la Roue Rudge-Withworth et M. Dugand, directeur de la maison Peugeot, car c'est grâce à leur obligeance que nous avons pu avoir une machine de bonne marque pour un prix relativement modique.

BIBLIOGRAPHIE

Prothèse dentaire moderne.

M. Emile Linet a publié sous forme d'un élégant album une sorte de petit compendium de prothèse par l'image en trois langues : français, anglais, allemand. Cet album comprend d'abord 31 planches, dont plusieurs sont en couleur, puis 24 pages de texte, consistant dans une préface et dans l'explication de ces planches.

Ces planches représentent la prothèse dentaire ancienne, les appareils en caoutchouc, en celluloïd, en aluminium, en or et caoutchouc, en métal; les bridges de tous systèmes, travaux divers, les obturations en or et en porcelaine, redressements et obturateurs; appareils avec dents métalliques pour articulations basses, dentiers de formes en rapport avec le tempérament; dents de bouche du haut, à dos plat et crampons longs; dents de bouche du bas à crampons courts, puis dents de bouche du bas à dos plat et à crampons longs; les diverses autres dents; dentiers complets haut et bas.

M. Emile Linet a fait là un effort louable, dont il y a lieu de lui tenir compte.

Le visage.

CORRECTION DES DIFFORMITÉS.

Le Dr M. Lagarde vient de publier sous ce titre dans la *Bibliothèque Larousse* un volume de 120 pages, illustré de 57 gravures.

Cet ouvrage, précédé d'une préface, est divisé en 7 chapitres : le 1er est consacré aux difformités nasales, prothèse paraffinique, rhinoplastie chirurgicale, appareils ; le 2e s'occupe des difformités de l'oreille, traitement orthopédique, traitement chirurgical ; le 3e traite des difformités des lèvres ; le 4e examine les nœvi vasculaires et pigmen aires, cicatrices vicieuses et chéloïdes ; le 5e, le cancer et la tuberculose. Dans le 6e l'auteur passe en revue les verrues, kystes, loupes, acné, couperose, poils, tatouage ; enfin dans le 7e il s'arrête aux difformités faciales et végétations adénoïdes.

Ce livre, écrit dans une langue très simple, est facile à comprendre, même par les profanes.

NÉCROLOGIE

Au moment de mettre sous presse nous apprenons avec une profonde émotion la mort de Mme Madeleine Mougin, fille de notre confrère M. Lucien Lemerle, décédée au Cannet (Alpes-Maritimes), à l'âge de 27 ans.

Nous adressons à MM. Lucien et Georges Lemerle, ainsi qu'à toute la famille, l'expression de toute notre sympathie et nos très sincères condoléances.

NOUVELLES

Fédération dentaire nationale (F. D. N.).

Le Comité exécutif de la F. D. N. s'est réuni le vendredi 6 février 1914, à 6 heures du soir, chez le secrétaire général, avec l'ordre du jour suivant :

1° Correspondance ;

2° Étude des propositions renvoyées par l'Assemblée générale du 27 septembre 1913 ;

3° Ordre du jour de l'assemblée générale du 21 février 1914 ;

4° Questions diverses.

***

L'Assemblée générale ordinaire de la F. D N. aura lieu, conformément aux statuts, le samedi 21 février 1913, à 8 h. 1/2 du soir, à la mairie du 8e arrondissement de Paris, rue d'Anjou, avec l'ordre du jour suivant :

1° Correspondance ;

2° Procès-verbal de l'Assemblée générale du 27 septembre 1913;

3° Rapport du secrétaire général ;

4° — du trésorier ;

5° Élection du Comité exécutif (24 membres) ;

6° Congrès divers : Le Havre, Londres, San-Francisco ;

7° Communication du Comité national français d'hygiène dentaire ;

8° Propositions diverses.

N. B. — Il sera procédé aux élections à 10 heures : Le Comité

exécutif se réunira immédiatement après la séance pour la nomination du Bureau.

A. G. S. D. F.

Le Conseil d'administration de l'A. G. S. D. F. se réunira le samedi 21 février, à 6 heures du soir, au siège social, pour la nomination de son Bureau.

Séance de démonstrations pratiques.

A l'occasion de l'Assemblée générale de la F. D. N., la Société d'Odontologie organise pour le dimanche matin 22 février, à 9 heures, une séance de démonstrations pratiques à l'École dentaire de Paris.

De nombreuses et intéressantes démonstrations sont annoncées.

Société d'Odontologie de Paris.

La Société d'Odontologie de Paris a tenu sa réunion mensuelle le mardi 3 février 1914, à 9 heures du soir.

Les communications suivantes y ont été faites :

1° Le traitement de la pyorrhée alvéolaire par la vaccinothérapie, par M. Valadier ;

2° Le mécanisme dentaire humain, par M. G. Villain ;

3° Modification à la technique des bagues fendues, par M. Léger-Dorez ;

4° Incidents de la pratique journalière.

Cercle Odontologique de France.

La réunion mensuelle du Cercle odontologique de France a eu lieu le jeudi 29 janvier 1914, à 8 h. 3/4 du soir, à l'Hôtel des Sociétés Savantes, avec l'ordre du jour suivant :

Procès-verbal. — Correspondance.

L'hypo-géramine en art dentaire, M. François Ferrand.

Avantages et inconvénients des anciennes et nouvelles méthodes du traitement de la syphilis, Dr Bizard.

Quelques considérations sur la membrane alvéo-dentaire, Dr Siffre *(Projection)*.

Mathucine, camphol et rosaldehol, M. Léger-Dorez.

Diagnostic de la syphilis d'après les derniers travaux, M. Tzanck.



A l'occasion du Xe anniversaire de sa fondation et afin d'établir entre tous les membres de la profession et leurs familles des relations amicales, le Cercle odontologique de France a décidé d'organiser un bal, qui aura lieu le vendredi 20 février à l'Hôtel Lutetia.

Prix de sport.

Notre confrère M. Georges André, membre du Conseil d'administration de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, a gagné, durant un congé passé à Chamonix, la coupe du Président de la République dans une course de bobsleighs.

Nous lui adressons nos compliments.

La Maison du Dentiste.

L'Assemblée générale de l'œuvre sociale d'assistance *La Maison du Dentiste* a eu lieu le jeudi 5 février à 8 h. 1/2 du soir au Café Soufflet, boulevard Saint-Michel, avec l'ordre du jour suivant :

1° Procès-verbal de la précédente assemblée générale ;

2° Allocution du président ;

3° Exposé relatif à l'acquisition des terrains de Porcheville près Mantes ;

4° Modifications aux statuts : proposition du Comité directeur ;

5° Propositions pour la propagande (Comités régionaux, etc...) ;

6° Questions diverses.

Errata.

Une erreur s'est glissée dans la publication de l'avant-programme de la réunion scientifique dentaire de Nice. Le banquet gracieusement offert aux congressistes, à Monaco, le sera par les soins de la Société des bains de mer de Monaco, à laquelle les organisateurs sont heureux de rendre un juste hommage.



Par suite d'une erreur de clichage la fig. 9 de la page 59 de notre numéro du 30 janvier 1913 s'est trouvée reproduite à l'envers.

Nos lecteurs auront certainement fait d'eux-mêmes la correction.

34e ANNÉE. N° 4 28 FÉVRIER 1914 VOL. LI

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LES DENTS SURNUMÉRAIRES DANS LA RÉGION MOLAIRE DE L'HOMME

Par le Prof. L. BOLK, d'Amsterdam.

(Conférence faite le 30 août 1913 aux membres de la F. D. I. au laboratoire d'anatomie d'Amsterdam.)

(Suite et fin.)

Mais, abstraction faite de cela, le fait qu'une paramolaire apparaisse parfois latéralement entre la 1re et la 2e molaire permet de se demander si cette paramolaire est identique à celle qu'on trouve latéralement entre la 2e et la 3e. On pourrait penser qu'il en est ainsi et que la dent surnuméraire, située latéralement par rapport à la rangée molaire normale, est poussée par influence mécanique, dans la position où elle est le moins gênante, c'est-à-dire, dans la majorité des cas, entre les 2e et 3e molaires, très rarement entre les 1res et 2e. Je ne suis pas de cet avis, et je suis, au contraire, persuadé que, chez l'homme, on se trouve en présence de deux paramolaires, l'une qui se présente très rarement comme dent libre, latéralement entre les molaires 1 et 2, et l'autre, qui apparaît entre les molaires 2 et 3. Je distinguerai celles-ci l'une de l'autre par l'appellation de paramolaire antérieure et de paramolaire postérieure.

Je trouve les arguments principaux de cette opinion dans une autre série de faits dans la région molaire, sur lesquels je vais appeler maintenant votre attention, me réservant de revenir plus tard sur la question posée ci-dessus.

Jusqu'à présent nous avons considéré exclusivement l'apparition de la molaire surnuméraire comme celle d'un élément libre latéralement à la rangée de dents normales ou derrière celle-ci. Cependant ces dents se présentent plus fréquemment unies à l'une des molaires normales. Quand on a observé ce fait, on s'explique plusieurs anomalies de structure dans la couronne des molaires qui semblaient jusque-là inexplicables.

Vous n'ignorez certainement pas que parfois il peut se présenter au côté buccal de la 2[e] ou 3[e] molaire un tubercule surnuméraire plus ou moins développé. Ces tubercules ont été souvent décrits et reproduits dans la littérature. *De Terra* les qualifie simplement de tubercules buccaux et avec juste raison il les considère comme une petite dent surnuméraire, unie avec la molaire normale. Je suis absolument de cet avis et comme cette cuspide accessoire n'est autre chose qu'une paramolaire unie à la molaire normale, je j'appellerai dorénavant *tubercule paramolaire*.

Le nombre relativement grand de molaires avec un semblable tubercule que j'ai pu réunir me permet de vous donner des indications plus détaillées sur leur survenance.

Le tubercule paramolaire se présente au maxillaire supérieur notablement plus souvent qu'au maxillaire inférieur. Il peut survenir également dans ce dernier ; la figure 9, reproduite d'après une de mes préparations, le

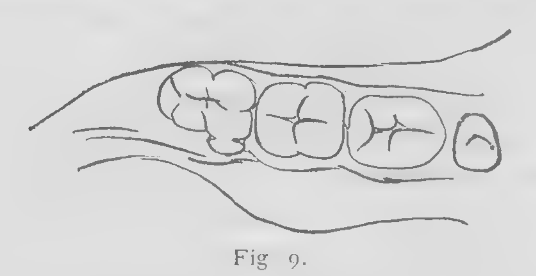


Fig 9.

prouve. Je vous rappelle, me référant à ce qui a été dit ci-dessus, que je n'ai jamais rencontré de paramolaire libre au maxillaire inférieur.

Une seconde particularité consiste en ce que je n'ai jamais vu un tubercule paramolaire à la 1re molaire du maxillaire supérieur, tandis que cela n'est pas extrêmement rare à la deuxième molaire. Il faudrait trop de temps pour m'étendre sur l'importance de ce fait, je me borne donc à signaler que ce manque d'un tubercule paramolaire à la 1re molaire est bien explicable pour moi en le rattachant au fait que notre première molaire, comme je l'ai exposé dans ma *théorie de la réduction terminale des séries de dents,* n'est autre chose que la 3e molaire de lait des singes platyrrhiniens. Toutefois je m'abstiendrai de parler de la relation entre ce fait et l'absence d'un tubercule paramolaire à la 1re molaire, que signale aussi *de Terra.*

Une autre particularité, qui mérite une mention c'est que le tubercule paramolaire se rencontre plus à la 2e qu'à la 3e molaire. Si je réunis tous les cas que j'ai pu examiner, la proportion est environ de 2 à 1. Il en résulte que cette différence ne peut pas être seulement la conséquence du processus de réduction auquel la 3e molaire est exposée chez l'homme, mais que d'autres causes doivent aussi intervenir. En corrélation avec ceci je rappelle le fait qu'une paramolaire libre se présente très rarement entre la 1re et la 2e molaire. Et si l'on est d'avis avec moi que le tubercule paramolaire et la paramolaire sont deux choses identiques, la différence de fréquence devient claire, en concevant la chose ainsi, qu'une paramolaire antérieure est justement si rare parce qu'il se joint plus avec la molaire juxtaposée que la paramolaire postérieure. La paramolaire postérieure se rencontre plus fréquemment ; par contre, le tubercule paramolaire est plus rare sur la 3e molaire.

Passons maintenant à la forme du tubercule et à ses rapports avec la molaire avec laquelle il est uni. Ces rapports sont extrêmement remarquables. Les fig. 10 et 11 représentent deux cas de ma collection : l'un avec un tubercule paramolaire à la 3e molaire supérieure, et l'autre avec un tubercule à la 2e molaire supérieure. Dans les deux cas la cuspide accessoire est unie à la cuspide buccale antérieure de la mo-

laire. Un fait très remarquable, c'est que c'est là une règle générale. La fig. 12 reproduit par la photographie vingt-trois deuxièmes molaires supérieures et la fig. 13, douze troisièmes



Fig. 10.

molaires supérieures, et, comme on peut le voir, le tubercule paramolaire est toujours uni à la cuspide buccale antérieure de la molaire. Pour la 3e molaire une seule fois la

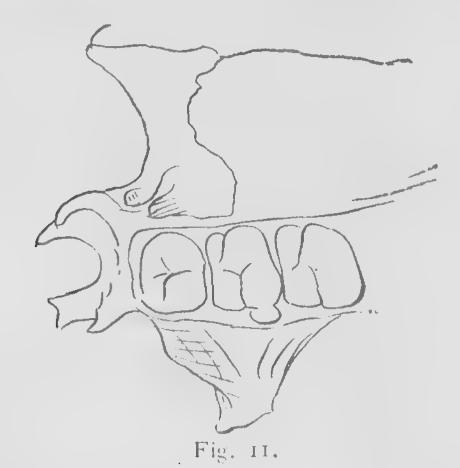


Fig. 11.

cuspide accessoire s'écarte un peu plus distalement, et se rapproche du sillon entre les cuspides buccales antérieure et postérieure. J'ajoute que les cas photographiés n'ont pas été choisis mais reproduisent fidèlement le véritable état des choses. On doit donc admettre en règle générale que

le tubercule paramolaire se trouve en relations avec la cuspide buccale antérieure des deux dernières molaires du maxillaire supérieur.

Cette position typique du tubercule paramolaire est un fait qui se rattache à la position typique des paramolaires à l'égard des molaires. La paramolaire antérieure est située

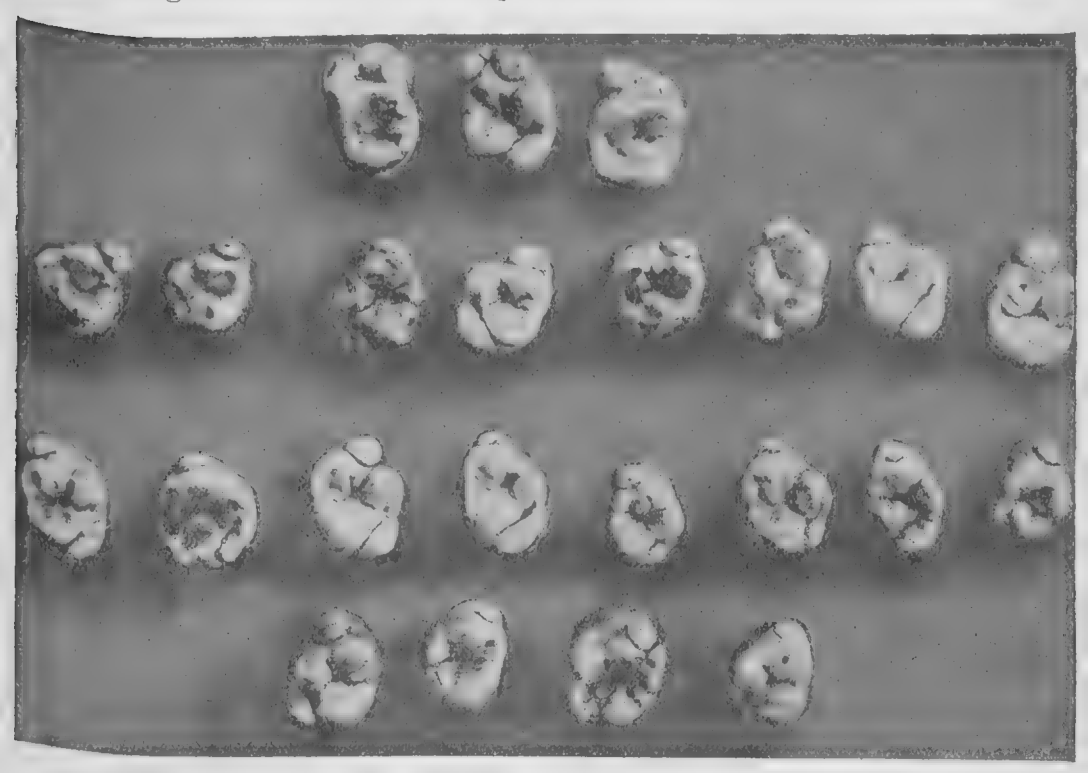


Fig. 12.

dans l'angle entre les première et 2e molaire, elle est donc en contact avec la cuspide buccale antérieure de la 2e molaire ; la paramolaire postérieure est située dans l'angle entre les 2e et 3e molaires et est par conséquent en contact avec la cuspide antérieure de cette dernière molaire. Chaque paramolaire se rattache donc à la cuspide antérieure de la molaire distale suivante. La cause m'en est connue ; mais pour vous l'expliquer il me faudrait m'étendre sur l'évolution de nos molaires et le temps me fait défaut pour cela.

Dans les deux reproductions photographiques 12 et 13 on

remarque quelques cas dans lesquels le tubercule paramolaire ne se présente pas sous la forme simple décrite jusqu'ici. Ce sont les trois molaires de la série supérieure de la fig. 12 et les deux dernières de la rangée inférieure de la fig. 13. Dans ces deux cas il n'est pas douteux qu'une dent accessoire est unie au côté buccal et l'on peut y distinguer deux protubérances. La molaire libre ne montre jamais plus de deux protubérances, comme je l'ai dit. Ces cas constituent des formes intermédiaires entre une paramolaire libre et un

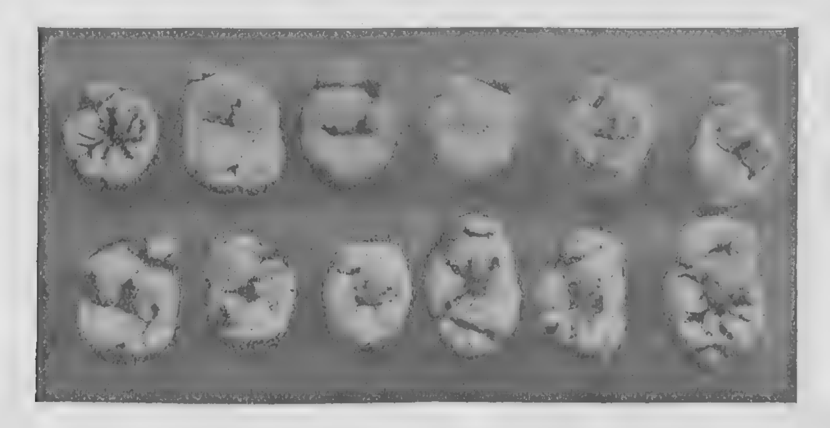


Fig. 13.

tubercule paramolaire simple. Ils montrent que ce dernier n'est autre chose que la dent surnuméraire que j'ai qualifiée de paramolaire, mais qui, par une influence quelconque, s'est unie avec la molaire venant derrière elle. On est encore plus convaincu de ce fait par les cas dans lesquels la paramolaire, quoique unie à une molaire normale, possède encore nettement une racine propre.

Si l'on considère tous les cas dans lesquels, chez l'homme, une des deux dernières molaires du maxillaire supérieur possède un tubercule paramolaire, et dans ma collection ceci se rencontre dans la proportion de 1 o/o environ des individus, comme un cas dans lequel une dent surnuméraire est développée dans la région molaire, et si l'on y ajoute les cas de paramolaires libres véritables, on constate que cette dent surnuméraire n'est pas si extraordinairement rare.

Après avoir établi ainsi l'identité de la paramolaire et du tubercule paramolaire, je puis revenir à la question posée précédemment : la dent surnuméraire située au maxillaire supérieur représente-t-elle toujours un même élément, ou doit-on distinguer deux paramolaires, une antérieure, une postérieure ? Je vous rappelle que je qualifie de *paramolaire antérieure* celle qui est située latéralement entre la 1re et la 2e molaire et de *paramolaire postérieure* celle qui est entre la 2e et la 3e molaire. On peut répondre tout de suite définitivement à cette question par un cas dans lequel les deux séries de paramolaires se trouvent simultanément situées du même côté d'un maxillaire. Toutefois j'ai déjà signalé qu'une paramolaire antérieure est une très grande rareté et que la présence simultanée des deux est presque impossible.

Mais la possibilité de la présence simultanée d'un tubercule paramolaire à la 2e et à la 3e molaire ou d'un tubercule paramolaire à la 2e molaire, combiné avec une paramolaire postérieure, est beaucoup plus grande.

J'ai dans ma collection un exemple de ce dernier cas représenté fig. 14. Le tubercule paramolaire est situé à sa place

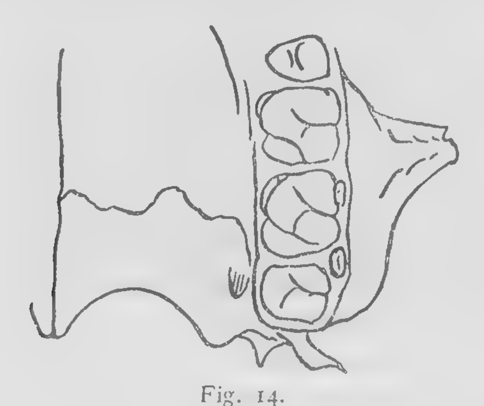


Fig. 14.

typique à la face buccale de la 2e molaire, laquelle porte, en outre, un tubercule de Carabelli. Latéralement, derrière la 2e molaire, vient une petite paramolaire. Si l'on est avec moi d'avis que le tubercule paramolaire n'est pas autre chose qu'une paramolaire unie à la molaire, ce cas fournit

la preuve définitive que, chez l'homme, il peut y avoir latéralement à la rangée molaire, deux dents surnuméraires, une antérieure et une postérieure, alternant avec les molaires.

Ce fait a une grande valeur pour la question : à quelle dentition appartiennent les molaires permanentes de l'homme, à la 1re ou à la 2e ? Cependant je ne donnerai pas ici de réponse à cette question, parce que je devrais nécessairement m'appesantir sur le rôle de la 1re molaire permanente chez l'homme. Je me borne à dire que les phénomènes relatifs aux dents surnuméraires exposés dans ce qui précède prouvent la justesse de mon opinion soutenue antérieurement que la 1re molaire de l'homme est une molaire de lait devenue permanente.

Jusqu'à présent nous n'avons parlé que de la présence d'un tubercule paramolaire au maxillaire supérieur ; examinons maintenant le maxillaire inférieur.

Les molaires du maxillaire inférieur présentent aussi parfois un tubercule, mais plus rarement que celles du maxillaire supérieur. Un de mes cas est présenté fig. 19. Les tubercules paramolaires aux molaires inférieures présentent les mêmes particularités que ceux du maxillaire supérieur : 1° la 1re molaire ne présente pas non plus de tubercule semblable ; 2° aux molaires inférieures également le tubercule est soudé à la cuspide buccale antérieure. Ce dernier fait est prouvé par les fig. 15 et 16 ; la 1re figure montre quelques 2es molaires avec un tubercule paramolaire ; la 2e, quelques 3es molaires avec ce tubercule.

Comme je l'ai dit, un tubercule paramolaire ne se rencontre pas aussi souvent au maxillaire inférieur qu'aux molaires du maxillaire supérieur. Par contre, on rencontre aux molaires inférieures des vestiges d'une dent surnuméraire soudée à la molaire normale, que je n'ai sûrement pas rencontrée au maxillaire supérieur. Si un tubercule paramolaire se rencontre à l'une des molaires du maxillaire inférieur, ce tubercule prouve souvent son rôle primitif de dent indépendante par la possession d'une racine propre,

que je qualifie de *racine paramolaire.* Il en est très rarement ainsi pour les molaires du maxillaire supé-



Fig. 15.

rieur. Mais il n'est pas si rare que pour les molaires inférieures le tubercule ne soit pas développé, tandis que la

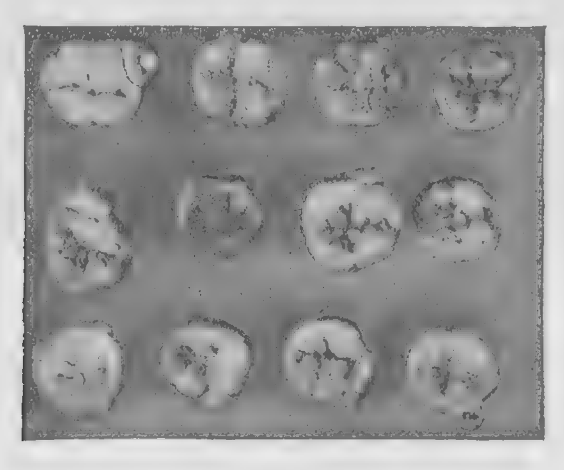


Fig. 16.

racine surnuméraire est présente. Pour le prouver je représente fig. 17 une vingtaine de molaires du maxillaire inférieur. Dans la rangée supérieure on ne voit rien du tubercule paramolaire, mais peu à peu on voit la racine paramolaire devenir plus longue et plus forte jusqu'à ce qu'elle soit devenue, dans les dernières molaires de cette rangée, aussi longue que les deux racines normales. La 2°

rangée présente environ sept molaires dans lesquelles la racine paramolaire, encore plus fortement développée que dans la rangée supérieure, située sur la face buccale de la dent, se détache de la couronne comme racine indépendante, sans que l'on voit encore sur la couronne même quelque chose d'un tubercule paramolaire. Il faut bien se

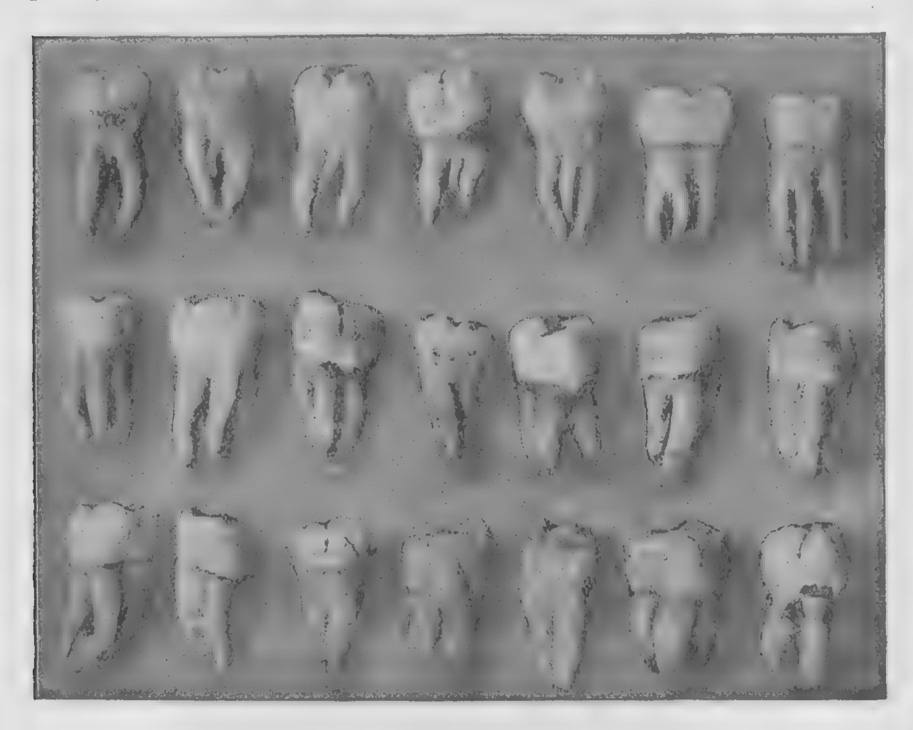


Fig. 17.

garder cependant de ranger chaque molaire du maxillaire inférieur à trois racines dans ce groupe, parce qu'une molaire semblable peut résulter aussi de la fente de la racine antérieure. Si l'on dispose de matériaux suffisants, il n'est pas difficile de décider immédiatement si une racine triple s'est produite à une molaire inférieure par fente de la racine antérieure ou par adjonction d'une racine paramolaire. Je laisse ce point sans le discuter. Dans la rangée inférieure, sept molaires sont représentées dans lesquelles, outre la racine paramolaire, le tubercule paramolaire est développé sur la couronne. Et comme on le voit par les

trois dernières molaires de la rangée inférieure, le tubercule paramolaire et la racine paramolaire s'appartiennent et forment un tout.

Si nous résumons ce qui précède, il en résulte qu'une paramolaire libre est extrêmement rare au maxillaire inférieur, mais que, par contre, cette dent surnuméraire y est unie à une des molaires plus qu'au maxillaire supérieur. En outre, la présence de cet élément accessoire au maxillaire inférieur se trahit souvent par une racine surnuméraire, tandis qu'au maxillaire supérieur, elle se manifeste précisément par une cuspide surnuméraire.

Le tubercule paramolaire et la racine paramolaire se présentent aussi bien à la deuxième qu'à la troisième molaire du maxillaire inférieur. Ainsi il faut conclure qu'aussi, au maxillaire inférieur, deux paramolaires peuvent être développées, alternant avec les molaires normales.

Mon exposé des éléments surnuméraires dans la région molaire de l'homme ne serait pas complet si je ne revenais pas brièvement sur la distomolaire. J'espère que j'ai réussi à prouver qu'il n'y a pas identité entre la paramolaire et la distomolaire. Dans quelle mesure sont-elles en rapport l'une avec l'autre au point de vue philogénique? C'est là une question sur laquelle je ne veux pas m'appesantir davantage. Quelques mots seulement sur la concrescence de la distomolaire avec la troisième molaire, car ceci se présente aussi bien que celle de la paramolaire antérieure avec la deuxième molaire ou de la paramolaire postérieure avec la troisième molaire. Comment distinguer une concrescence de la distomolaire à la troisième molaire (car, naturellement, ce n'est que de celle-ci qu'il s'agit) d'avec une concrescence de la paramolaire postérieure avec cette molaire? La réponse n'est pas difficile si l'on se rappelle le fait que j'ai déjà signalé, à savoir que la distomolaire présente toujours une tendance à s'écarter lingualement, lorsqu'elle n'est pas située régulièrement dans le prolongment de la rangée dentaire. Examinez la figure 6 à cet égard. Si la distomolaire est unie à la troisième molaire,

j'ai toujours trouvé que cela se produit avec la cuspide linguale postérieure de la troisième molaire. J'en donne pour preuves tirées de ma collection dans la figure 18, une reproduction d'une troisième molaire inférieure avec ce que j'appellerai un tubercule distomolaire et, dans la

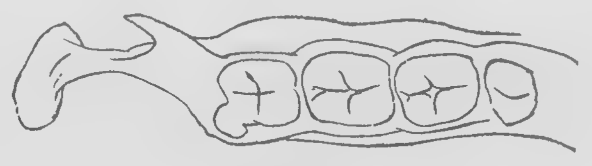


Fig. 18.

figure 19, une reproduction d'une troisième molaire supérieure avec un tubercule semblable. La distomolaire libre représentée figure 16 montre la phase transitoire à celle qui est unie à la troisième molaire supérieure de la figure 19. On voit donc qu'il n'est pas difficile de décider si l'on a affaire à



Fig. 19.

une troisième molaire unie avec une paramolaire ou avec une distomolaire. La première s'unit à la cuspide buccale antérieure, la dernière à la cuspide linguale postérieure.

C'est là-dessus que je désire terminer ma conférence. J'espère avoir réussi à vous prouver que la présence de dents surnuméraires dans la région molaire de l'homme n'est pas un fait sans règles, mais qu'elle obéit, au contraire,

à une certaine régularité. Il en est plus spécialement ainsi des rapports dans lesquels les dents surnuméraires se trouvent avec les dents normales. Et c'est cette régularité qui détermine le sens de nos réflexions et de nos considérations si nous essayons de pénétrer dans l'anatomie comparée des phénomènes qui vous ont été exposés. Car je suis certain que, ni quant aux paramolaires, ni quant aux distomolaires, on n'a affaire à des produits accidentels de la série dentaire, mais bien à des éléments qui ont une grande importance au point de vue des problèmes relatifs à l'origine et au développement des molaires. Je vous exposerais volontiers le rôle qui, suivant moi, appartient aux paramolaires et aux distomolaires au point de vue philogénique, mais je serais obligé d'entrer dans de tels détails d'anatomie comparée, que je craindrais d'abuser de votre temps et de la grande attention avec laquelle vous m'avez écouté et dont je vous remercie vivement.

REVUE DES REVUES

RESTAURATION D'UN BEC-DE-LIÈVRE COMPLET, AVEC FENTE DU PALAIS ET DU VOILE, CHEZ UN ENFANT DE DEUX JOURS

M. Ombrédanne a présenté à la Société de chirurgie, le 19 *novembre* 1913, *ce cas dans les termes suivants :*

L'enfant que je vous présente a aujourd'hui vingt-cinq jours. Il est né avec un bec-de-lièvre complet et complexe : fissure labiale ouvrant largement la narine, fissure gingivale avec forte discordance des arcades gingivales, fente palatine unilatérale large et fissure du voile. L'écartement était tel que le petit doigt passait facilement de la bouche de l'enfant dans sa fosse nasale.

Je l'ai opéré, dans le courant du troisième jour de sa vie, par le procédé d'Arbunoth Lane, et du même coup j'ai tenté la chéiloplastie, malgré la grande discordance gingivale.

L'intervention a été parfaitement supportée. La température est montée le lendemain à 38° 2, puis est redescendue à la normale en trois jours.

L'écartement de la brèche labiale était tel que mon fil supérieur, très fortement tendu, a coupé en deux jours. Pourtant le résultat est très bon, même au point de vue esthétique.

Mais ce qu'il y a d'intéressant, c'est d'avoir pu fermer d'emblée la brèche palatine. Seul le point le plus postérieur a lâché, et la luette est restée bifide.

J'ai été très surpris de voir, après l'opération, les gencives se modeler à vue d'œil, se rapprocher, s'affronter presque. La voûte palatine reconstituée paraît résistante.

Avec Arbunoth Lane en particulier, je suis très porté à croire, à la suite d'un certain nombre d'autres interventions, que le nouveau-né résiste mieux au choc opératoire qu'un enfant de quelques mois.

La mortalité par choc fût-elle encore très appréciable chez un nouveau-né, je ne suis pas sûr qu'elle dépasse la mortalité spontanée qui frappe les enfants nés avec un bec-de-lièvre complexe, mortalité par broncho-pneumonie ou atrepsie, qui serait très considérable d'après ce que m'ont dit mes collègues, médecins de Bretonneau.

(*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 23 nov. 1913.)

INFLUENCE DE LA CAVITÉ BUCCALE SUR LA DIGESTION PRIMAIRE

Par F. D. Boyd, d'Edimbourg.

L'influence de la cavité buccale sur la digestion primaire est une question qui intéresse au même titre le dentiste et le médecin et qui a une grande importance non seulement pour l'individu, mais pour la nation.

A la période simiesque l'individu représentant l'homme vivait de graines, de noix, de baies, de fruits et de racines; puis il s'éleva, devint moins végétarien et plus carnivore ; il se fit chasseur. Avant l'invention de la cuisine, l'individu mangeait crus ses légumes et devait les mâcher laborieusement pour profiter de leurs hydrocarbonates ; une grande partie de son alimentation devait subir la digestion et entrer dans son estomac sous une forme soluble, produit de la digestion salivaire. Il fallait que le système dentaire de l'homme primitif fût excellent pour lui permettre de survivre dans la lutte. Avec l'invention de la cuisine, la quantité d'aliments féculents susceptible d'être utilisée fut grandement accrue, la fécule, la graisse et une grande partie de la cellule devinrent plus aisément assimilables. Il fallut moins de mastication et la digestion buccale fut moins complète ; l'homme avala plus de fécule, et il entra dans l'estomac plus de fécule non digérée. Le raffinement des denrées alimentaires semble avoir réduit la faculté de manger des aliments crus, et maintenant avec les aliments tout préparés qu'on nous présente, nous semblons menacés d'une atrophie de l'appareil digestif. Actuellement, il est difficile de s'occuper du développement défectueux des organes de la mastication et de la septicémie buccale ; si cet état de choses continue, on peut prévoir sûrement que l'homme deviendra un animal édenté.

En examinant l'influence de la cavité buccale sur la digestion primaire, il faut songer que nos idées sur l'estomac se sont bien modifiées dans ces dernières années. Nous regardons maintenant cet organe comme un réservoir actif, déversant des aliments convenablement préparés pour la digestion ultérieure dans l'intestin. Une certaine quantité de digestion amylacée se continue dans l'estomac, mais la digestion ne peut pas être considérée comme la fonction principale de cet organe. Quand on a pris des aliments, la quantité digérée dans la bouche, avec une sécrétion normale, dépend dans une large mesure de la nature de ces aliments et de la mastication. Quand les aliments se prê-

tent à la mastication et quand ils sont mastiqués efficacement, ils se mélangent abondamment à la salive et la digestion de l'amidon s'opère dans la bouche. Quand les aliments sont avalés et entrent dans l'estomac, la partie prise la première passe par l'extrémité pylorique, celle prise la dernière est tout d'abord à l'extrémité cardiaque. La pepsine, ferment proteolytique de l'estomac, est sécrétée par toutes les parties de la muqueuse gastrique ; l'acide chlorhydrique, pour la plus grande partie, sinon en totalité, à l'extrémité cardiaque. De l'acide chlorhydrique sera amené à la portion pylorique avec la première partie des aliments. Il en résulte que la portion pylorique sera modérément acide, la périphérique cardiaque très acide, et le centre cardiaque alcalin. Cette séparation de la masse alimentaire n'est pas dure ni ferme, car le mélange s'opère constamment par diffusion et par les mouvements du diaphragme, des muscles abdominaux et du corps. Il a été établi par Day et Cannon qu'au bout d'une heure la masse alimentaire cardiaque contient environ 80 °/₀ de sucre en unités de volumes de plus que la masse de l'extrémité pylorique. Il y a alors une forte digestion d'amidon qui s'opère dans le sac cardiaque jusqu'à ce que le contenu de l'estomac soit mélangé, l'acidité augmente et arrête cette digestion et l'organe est abandonné à la digestion proteolytique et à la subdivision des aliments.

Pendant la digestion, l'estomac normal s'adapte au volume de son contenu peut-être par une influence réflexe de l'œsophage prenant naissance pendant l'absorption. Il n'y a pas de mouvements péristaltiques au fond et à la partie supérieure de l'estomac, mais il y a une contraction tonique constante entretenant sur le contenu de la pression grâce à laquelle le réservoir alimentaire déverse constamment des aliments dans la portion pylorique active. Quand les aliments entrent dans cette portion, les mouvements commencent par une constriction près du milieu du corps de l'estomac ; le mouvement avance lentement vers le pylore et une petite quantité de chyme peut passer par le pylore ou être renvoyée à l'estomac. Ces mouvements déchirent les aliments et les rendent propres à la digestion intestinale. Les vagues péristaltiques se produisent toutes les 15 à 20 secondes jusqu'à ce que l'estomac soit vide. Chez l'homme sain, on ne saurait trop insister sur l'importance de la mastication pour la digestion de l'amidon, dans la bouche et dans l'estomac, c'est seulement une mastication efficace qui broie convenablement les aliments amylacées et qui expose une large surface à l'action de la ptyaline de la salive ; c'est seulement quand l'acidité gastrique commence et que l'amylose ultérieure est empêchée que ces aliments sont aptes à être digérés. La mastication dépend, bien entendu, de la force de l'individu

et de la nature de l'aliment. Avec de bonnes dents et de bonnes mâchoires, l'aliment qui exige une mastication considérable convient beaucoup mieux à la digestion de l'amidon dans la bouche et l'estomac que l'aliment mou.

Si la principale fonction de l'estomac est celle d'un réservoir actif qui subdivise finement les aliments en vue d'un traitement ultérieur par l'intestin, les mouvements gastriques (pouvoir moteur gastrique) ont une importance capitale dans la digestion primaire. Sans eux l'estomac ne peut se vider. On dit habituellement que le stimulant de cette action est plus mécanique que chimique. L'expérience journalière montre que le massage peut la stimuler, par exemple en cas de sténose du pylore. Le principal stimulant chimique est l'acide chlorhydrique. Le facteur qui est trop souvent négligé c'est la mastication. La cavité buccale semble avoir une influence très définie; on peut très bien le démontrer par les rayons X.

Puisque les facteurs mécaniques de la digestion primaire ont une grande importance, il ne faut pas du tout négliger les sécrétions. L'acide chlorhydrique est nécessaire pour l'action de la pepsine comme ferment proteolytique. Cet acide, en tant qu'antiseptique peut être considéré comme un des moyens de défense du corps contre l'invasion des micro-organismes. L'acide chlorhydrique est nécessaire pour convertir la prosécrétion en sécrétion soluble et a une grande importance pour influencer la sécrétion pancréatique et la digestion secondaire. Le stimulant de la sécrétion gastrique initiale résulte de la vue du goût et de la mastication de l'aliment. Pendant celle-ci les substances qui ont un arome agréable viennent en contact avec les nerfs gustatifs, et les odeurs dégagées par l'aliment désagrégé, en remontant, viennent en contact avec les nerfs olfactifs; le suc gastrique est sécrété comme un mouvement réflexe et l'estomac se prépare à la digestion. La quantité d'acide chlorhydrique sécrétée dépend de la nature et de la quantité de l'aliment. L'importance du raffinement en servant les aliments et la bonne cuisine pour les rendre agréables au palais est manifeste, surtout quand la digestion est défectueuse.

L'estomac étant un réservoir actif destiné à servir des aliments convenablement préparés pour la digestion intestinale, il est essentiel qu'il reçoive ceux-ci sous une forme permettant aisément cette digestion, et ceci nécessite une mastication convenable. Si l'homme essaye d'avaler sans mâcher ou si son système dentaire est défectueux ou insuffisant, il impose alors à son estomac un travail supplémentaire. Pendant un temps cet organe peut y suffire, les masses alimentaires peuvent être dissociées par les

mouvements péristaltiques et finalement former le liquide homogène convenable à la digestion intestinale, mais on impose un grand effort à un organe agissant sans le stimulant de la mastication et en fin de compte il n'y résistera pas.

Dans un hôpital général ou dans un hôpital pour maladies contagieuses, l'importance des soins de la cavité buccale et leur influence sur la digestion est capitale. Le sort de pneumoniques ou de typhiques peut dépendre des soins de la bouche. Il n'y a pas de traitement spécifique de ces maladies; il s'agit de conserver la force du patient pour l'aider à lutter contre la maladie. L'ingestion et l'assimilation d'aliments présentent une difficulté marquée en l'absence de soins buccaux convenables et le patient n'ira pas bien. Pour savoir si l'alimentation a de l'effet, regarder la bouche d'un patient pneumonique. La langue sera sèche, mais les dents propres et l'absence d'enduit épais donneront dans la nutrition une confiance qu'on ne saurait dédaigner.

En médecine générale, la septicémie buccale doit être considérée comme le véhicule de beaucoup de micro-organismes pathogènes, et elle joue un rôle constant dans les troubles de la digestion. Mais pourquoi y a-t-il la fermentation décelée par la présence d'acide organique dans le repas d'essai ? L'ouverture et la fermeture du sphincter pylorique sont reconnus maintenant être dus à un réflexe chimique du duodénum. Quand une substance acide passe dans le duodénum, le pylore se ferme immédiatement. Le chyme acide est neutralisé par les sécrétions alcalines versées dans le duodénum. Lorsque celui-ci redevient alcalin, il est apte à recevoir plus de chyme et le pylore se relâche. Grâce à ce mécanisme le duodénum est protégé de toute atteinte par le contenu acide dans l'estomac. Toutefois, si ce contenu est extrêmement acide, le spasme pylorique résulte avec le temps des aliments qui sont dans l'estomac et, malgré que ce contenu contienne un excès d'acide chlorhydrique, la fermentation se produit.

En résumé le rôle de la septicémie buccale dans la pathogénie des troubles gastriques est un facteur qu'aucun médecin ne saurait négliger.

(Dental Record.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 6 janvier 1914.

Présidence de M. Jeay, président.

La séance est ouverte à 9 h. 1/4.

I. — Correspondance.

Le secrétaire général fait part des excuses de M. Godon, empêché. Il ajoute que la Société a reçu un tirage à part du *Bulletin de la Société de Laryngologie* du mois de mars, qui renferme une communication de M. Jeay à cette Société. M. Jeay en fait hommage à la bibliothèque de l'école.

II. — De la recalcification, par M. Jolivet.

M. Jolivet donne lecture de sa communication. (Sera publiée.)

Le président. — Nous vous remercions de votre très intéressante communication.

Discussion.

M. Frey. — M. Jolivet n'a pas craint d'aborder ce gros problème de la décalcification dentaire et de nous en entretenir ce soir ; je joins mes remerciements à ceux du président.

J'ai dit ce gros problème de la décalcification ; c'est en effet un des plus importants, peut-être le plus important non seulement de la pathologie dentaire, mais de toute la pathologie, puisqu'avec lui se posent les grands points d'interrogation de la tuberculose et de l'arthritisme.

Il fallait la jeunesse quelque peu audacieuse de M. Jolivet pour aborder un sujet aussi écrasant, dans lequel on est toujours au-dessous de sa tâche, et je lui fais un grief d'avoir méprisé les observations cliniques. J'estime que ces dernières seules, bien prises et aussi complètement que le permettent la clinique et le laboratoire, peuvent apporter un peu de lumière dans la question de la décalcification.

Elle est d'une telle complexité !

Sait-on ce qu'est la *calcification normale* d'une dent ?

Avez-vous analysé le processus de la *décalcification ?*

Enfin la *recalcification ?* avez-vous essayé de comprendre le sens intime de cette réaction pulpaire ?

Puisque M. Jolivet nous a lu un travail théorique, il me semble qu'en le divisant de la sorte, en envisageant les 3 points que je viens de spécifier, il aurait ajouté un peu plus de clarté à l'intérêt de son mémoire.

Je ne veux pas, dans cette discussion, m'étendre sur ces 3 points ; il me suffira de faire ressortir à quel degré nous sommes encore ignorants.

Quand nous voyons dans la bouche une dent d'apparence saine, sauf sa coloration plus ou moins blanche, jaune ou bleuâtre, nous ne possédons aucune indication précise sur la qualité de sa calcification ; il n'y a pas encore de procédé radioscopique ou radiographique qui, in vivo, nous renseigne sur la calcification dentaire normale.

Avec un point de départ aussi précaire, le problème de la décalcification reste bien ardu. Il y a une dizaine d'années, quand j'étudiais le terrain dans la carie dentaire, j'avais déjà établi qu'il y avait deux éléments à considérer :

1° Le milieu buccal décalcifiant par action chimico-microbienne, et c'était lui seul qui avait retenu l'attention de l'Ecole américaine ;

2° Le terrain proprement dit de la dent, sa résistance calcaire, sur laquelle l'Ecole française, représentée par Galippe et Ferrier, avait fait des travaux du plus grand intérêt.

La résistance calcaire est restée la cause prédisposante, le milieu buccal est resté la cause occasionnelle et déterminante de la carie, mais nous ignorons toujours si une dent est susceptible de subir l'action *d'un courant interne déminéralisateur, indépendant de toute action externe du milieu buccal.* De Nevrezé, dans plusieurs mémoires du plus haut intérêt, semble l'admettre ; mais la confirmation expérimentale lui manque encore.

Il en est de cette déminéralisation de la dent comme de celle de tout l'individu, la clinique paraît l'accepter mais rappelez-vous que l'an passé, à la Société d'Etudes pour la tuberculose, cette décalcification avait été recherchée d'une façon systématique par des examens d'urines répétés, et vous n'ignorez pas que la question n'est pas résolue, loin de là.

Donc si l'on sait à peu près dans quelles conditions le milieu buccal carie la dent, dans quelles conditions de terrain calcaire celle-ci résiste à cette attaque, on ignore encore — ou du moins on n'en a aucune preuve scientifique — s'il y a une déminéralisation de la dent, saine d'apparence, en rapport avec certains états généraux.

Quant au 3e point, à la recalcification, là encore M. Jolivet a insuffisamment analysé le phénomène dont il parle. Il dit qu'il a

recalcifié des dents cariées, grâce à un traitement général, concurremment avec son traitement local. C'est possible, mais il se peut que ce dernier seul ait remis la dent dans ses conditions physiologiques normales et l'ait guérie.

Cependant je reconnais que des dents très consciencieusement traitées ont subi des récidives jusqu'au jour où le traitement général les a mises à l'abri des manifestations de la carie.

J'ai dit traitement général et pas seulement traitement recalcifiant, car (et à ce point de vue je ne saurais dire assez combien j'apprécie quelques pages de de Nevrezé) le traitement général bien dirigé a dû agir à la fois *sur la vitalité pulpaire, sur son cône résistant de dentine secondaire, et aussi sur le milieu buccal.*

Avant de terminer, permettez-moi de rappeler votre attention sur cette pulpe dentaire qui vit de la vie de l'organisme, qui souffre de ses infections jusqu'à la mortification complète, qui subit ses intoxications autogènes ou microbiennes et qui réagit en fabriquant de l'ivoire, en hypercalcifiant la dent dans la cavité pulpaire elle-même et dans les canaux radiculaires.

Je vous demande pardon d'avoir si longuement argumenté notre jeune collègue et je remercie encore une fois M. Jolivet de s'intéresser à une question si passionnante, quoique encore si obscure.

M. Amoëdo. — Comme le disait très bien M. Frey tout à l'heure, le problème qui vient d'être abordé par M. Jolivet est des plus intéressants.

M. Frey, grâce à ses aptitudes professorales, a bien voulu nous dresser un plan d'études de la question qui, je crois, est très bon.

Les quelques paroles que je vais vous adresser suivront ce plan.

Quant à la calcification, sur le premier point envisagé par M. Frey, je n'en ai rien à dire, car je n'en sais pas plus que les autres : je passerai donc.

Mais quant à la recalcification, il y a différents points à envisager. Il y a notamment le cas des femmes enceintes. Là il faudrait bien déterminer si la décalcification dentaire se fait en suivant cette division très nette qu'a faite M. Frey sur l'origine interne ou sur l'origine externe.

On sait que pendant les premiers mois de la grossesse, des phénomènes réflexes provoquent des vomissements. Or il y a des femmes qui pendant ces premiers mois ont les dents presque constamment baignées dans l'acide chlorhydrique et il serait très difficile de savoir à ce moment-là si nous avons affaire à des phénomènes internes ou à des phénomènes externes.

J'ai déjà traité cette question dans ma thèse doctorale.

Je me rappelle d'un examen où un des élèves a soumis cette idée à un des professeurs qui a trouvé qu'en effet il pouvait très bien se faire que cette décalcification ait eu comme cause la présence d'acide chlorhydrique dans la bouche. Il est évident qu'une femme enceinte a besoin d'aliments calcaires et qu'elle les puise là où elle les trouve et c'est là ce qui a fait envisager l'idée que la femme dans cet état prenait les aliments calcaires dans ses propres dents. Mais c'est là, je m'empresse de le dire, une chose qui n'est pas encore prouvée d'une façon très nette.

J'ai eu des observations d'osteomalasie où il y avait eu décalcification presque totale de tous les os. Or les dents ont été conservées avec leur calcification normale. Par conséquent voilà un cas où tous les principes calcaires ont disparu du squelette, et sont restés dans les dents.

Je ne nie pas du tout les causes d'origine interne.

D'un autre côté, j'ai observé parmi mes patients des cas de caries rapides et généralisées des dents. J'ai dit alors immédiatement à ces patients : Je suis sûr que vous prenez de l'eau d'Evian et invariablement on m'a répondu : Oui. Or, il n'y a pas du tout de phosphates dans cette eau.

Voilà une observation qui tendrait à prouver que la décalcification a une cause d'origine interne.

En ce qui concerne la recalcification, qui est le titre de votre communication, les observations faites ont depuis longtemps prouvé que les phosphates à l'état minéral ne s'absorbent pas et il est acquis que pour que les sels calcaires s'assimilent, il faut qu'ils passent par le règne végétal. C'est là une chose acceptée par tous les chimistes et biologistes qui ont étudié la question.

Dans la recalcification, je crois donc qu'il faut plutôt s'adresser à l'alimentation qu'aux produits chimiques ou pharmaceutiques.

Nous avons par exemple le blé — pas dans la forme du pain blanc qui était dénoncé il y a quelques jours par le Prof. Letulle [1], — mais la farine de blé à l'état complet contenant tous ses phosphates, car le son contient 6 o/o de cendre et le gluten n'en contient que 0,55. Nous avons toutes les céréales, l'orge est très riche en phosphates, l'avoine également. Dans l'énumération des produits alimentaires que M. Jolivet conseille, j'ai vu qu'il conseillait de prendre en abondance des pommes de terre. Or de tous les aliments, c'est un des plus pauvres en phosphates. Il n'en donne qu'un pour cent, tandis que le son en donne 6 o/o, l'orge 6 o/o. Parmi les poissons, les harengs sont par excellence l'aliment le plus riche en phosphates.

---

1. *Le Matin*, 4 décembre 1913.

Par conséquent, je crois que pour recalcifier, le meilleur moyen à conseiller à nos malades, c'est notamment de prendre le pain complet. On a prétendu dans la réponse qu'on a faite au Prof. Letulle que le pain complet était indigeste. Dans ma famille nous faisons usage du pain complet et nous le digérons sans aucun inconvénient. Je dois dire que nous ne le prenons pas tel qu'il est livré. On le coupe en tranches d'un centimètre d'épaisseur et on le passe au four de sorte qu'étant grillé il est très agréable à mâcher. De plus cela nous procure un exercice de mastication salutaire. Avec ce pain complet on absorbe tous les produits phosphatés du blé.

M. Choquet. — Pour une part, je me rallie également à l'opinion émise par M. Frey et par M. Amoëdo. Mais à ce dernier, je ferai cependant une observation au sujet de la composition chimique de certains aliments.

Si c'est la pomme de terre qui contient le moins de matières susceptibles d'être assimilées par l'organisme et de profiter à la nutrition de celui-ci, par contre l'orge, d'après les analyses chimiques qui ont été faites, est l'aliment par excellence de reconstitution. J'en ai eu un exemple frappant dans ma clientèle. Un de mes patients très déprimé, tant par suite de surmenage physique que surtout par surmenage intellectuel, voyait toutes ses dents atteintes de caries et d'ébranlement. Après lui avoir conseillé le repos momentané, je lui ai recommandé une alimentation dont la base était représentée d'un côté par l'orge, sous forme de potages, de gâteaux, et de l'autre par du poisson contenant le maximum de phosphore. A cet égard, le poisson appelé aiguille ou orphie est celui qui en contient le plus, car, si l'on vient à laisser dans l'obscurité une arête complète de celui-ci, on constate qu'elle émet une lueur phosphorescente très nette. Au bout de 4 mois, toutes les dents étaient absolument revenues à l'état normal au point de vue de la mobilité et la plupart des caries se sont recouvertes de dentine secondaire, ce qui est pour nous la meilleure preuve de la réaction de l'organisme à la suite de cette alimentation appropriée.

Au sujet du pain complet, je suis absolument convaincu que, si, au lieu d'employer ce que l'on est convenu d'appeler du pain de fantaisie dans lequel les éléments essentiels ont été éliminés, nous utilisions le pain complet, nous y trouverions tout bénéfice tant au point de vue de l'assimilation proprement dite qu'au point de vue du développement des muscles masticateurs et des maxillaires eux-mêmes.

M. Roy. — Je suis arrivé malheureusement un peu en retard et je m'en excuse. Je n'ai par conséquent pas entendu la com-

munication de notre collègue Jolivet et peut-être vais-je dire des choses qui ont déjà été dites. Si la chose m'est signalée, je m'arrêterai aussitôt.

En ce qui me concerne, je considère le problème de la décalcification et de la recalcification comme extrêmement complexe, mais je me demande si l'absence d'assimilation des sels calcaires n'est pas plutôt due à un vice dans l'assimilation des produits calcaires qu'à une insuffisance de ces apports calcaires.

Je crois donc qu'il y a, dans les échanges calcaires, un facteur que nous ne connaissons pas encore bien mais qui joue un rôle important en la circonstance. On a prétendu que c'était le foie; mes connaissances ne me permettent pas d'infirmer ou d'affirmer dans un sens ou dans un autre, mais je crois que l'assimilation des sels calcaires est sous la dépendance d'un organe interne régulateur et que c'est le défaut de fonctionnement de cet organe plutôt que l'insuffisance d'apport de sels minéraux, qui est la cause de la décalcification.

Peut-être trouverait-on un agent plus efficace de la recalcification le jour où cet organe régulateur serait trouvé. C'est peut-être une de ces glandes à sécrétion interne dont le rôle commence à peine à être aperçu, et dans ce cas on obtiendrait peut-être des résultats bien plus favorables le jour où on pourrait injecter ou faire absorber aux malades sous une forme quelconque les produits de cette glande, plutôt que de leur donner des phosphates et des sels minéraux qui se trouvent en grande abondance dans l'alimentation.

Un des aliments les plus riches en phosphates est le lait. Tous les enfants prennent du lait. Or si vous observez deux enfants nourris par la même nourrice, vous remarquerez que l'un aura de bonnes dents et que l'autre en aura de mauvaises. Il y a donc là un facteur inconnu qui intervient et qui est différent de l'alimentation.

Faisant abstraction maintenant de ce que je viens de dire au sujet du problème de la calcification et de la décalcification et si nous considérons les meilleurs modes d'administration des sels minéraux, l'absorption des aliments minéraux, je ne sais pas si on vous a parlé des travaux de Carles, de Bordeaux?

M. Carles de Bordeaux, a fait récemment des travaux extrêmement intéressants en essayant de donner, en ce qui concerne les dents, l'intégralité des produits provenant des dents. Il y a sous ce rapport un point que je tiens tout d'abord à signaler, auquel je me rallie. Cela a été signalé par Brissemorel et également par Carles.

Il est fort probable que, dans la constitution du système

osseux et dentaire, ce ne sont pas les produits les plus abondants qui ont la plus grande importance. Certains produits, comme le fluor, par exemple, qui cependant entre dans une proportion beaucoup moins grande dans la formation de l'ivoire et des os, jouent néanmoins un très grand rôle dans la constitution du système osseux. Il en serait pour le fluor ou pour tel autre composé qui entre en porportion minime dans la composition des dents, comme pour certaines substances, tel le fer. Alors que le fer est peu abondant dans l'économie, vous savez combien la diminution de celui-ci dans l'organisme, peut avoir d'influence sur la santé générale et combien son absorption peut avoir d'heureux effets dans l'anémie, dans la chlorose, par exemple.

Il ne faut donc pas s'attacher uniquement à donner aux individus ce qui constitue la masse même du système osseux, c'est-à-dire du phosphate de chaux, parce que ce n'est probablement pas là l'élément qu'il importe le plus de leur donner.

M. Carles de Bordeaux, en faisant ses recherches, est arrivé, lui, à donner l'intégralité de tous les produits connus et inconnus qui entrent dans la constitution des dents. Pour cela, il a pris des dents de porcs et les a mises dans un autoclave après les avoir concassées, pilées assez grossièrement. Il les laisse dans l'autoclave pendant un certain temps, peu importe d'ailleurs le temps, et arrive à les rendre pulvérulentes, à les dissocier complètement; cette dissociation s'opère d'une façon particulièrement intéressante, en mélangeant avec du sucre, il se forme une sorte de saccharolé contenant du sucre et tous les éléments minéraux et organiques qui entrent dans la constitution des dents. Ce saccharolé est parfaitement soluble dans l'eau. On peut le réduire à l'état de granulé, préparation très répandue en pharmacologie et, de cette façon, on peut faire prendre au malade les éléments constituants des dents, on peut leur faire absorber l'intégralité des produits organiques et minéraux entrant dans la constitution des dents. Ce sont là vous le voyez des recherches très intéressantes. Le travail de M. Carles, de Bordeaux, a paru dans la *Province dentaire*. Il va être publié dans *L'Odontologie*, vous le lirez très prochainement.

Aucun pharmacien n'a encore fait ce produit, M. Carles s'est livré à des recherches théoriques. Son produit n'est pas un produit X..., Y..., Z..., ce n'est pas non plus un produit osseux, c'est un produit provenant des dents et pour les dents c'est donc, je crois, le produit le plus intéressant qui ait été signalé pour tenter la recalcification ou la bonne calcification du système dentaire.

M. Choquet. — Je suis très heureux d'avoir entendu les

réflexions que vient de nous présenter M. Roy, car elles corroborent une fois de plus les observations que j'avais faites alors que je m'occupais de bactériologie dentaire. J'avais cherché pour le développement et la culture des divers micro-organismes que l'on rencontre dans la carie dentaire à me rapprocher le plus possible du milieu chimique dans lequel ces derniers évoluent.

A cet effet, j'avais utilisé non des dents de porc ou de cheval, mais des défenses d'hippopotame et, au lieu de concasser celles-ci, ce qui aurait tout d'abord été impossible, je les avais limées de façon à obtenir une poudre très fine. Je vous fais grâce de la technique employée pour la préparation des milieux de culture mais laissez-moi vous dire que les résultats obtenus, surtout sur gélose, étaient parfaits au point de vue du développement des colonies et tout différents de ceux obtenus dans les milieux de culture ordinaires.

Et, lorsque, cherchant à me rapprocher le plus possible de ce qui se passe dans le processus pathologique de la carie dentaire, je faisais mes ensemencements sur un de ces milieux naturels, non à l'air, mais dans le vide ou dans un gaz inerte, j'obtenais des résultats bien supérieurs.

Bref, l'observation que vient de nous faire M. Roy est absolument caractéristique et doit être soigneusement notée, car elle nous ouvre des horizons nouveaux et tout à fait démonstratifs.

Comme l'a dit très justement M. Frey, nous ne savons absolument rien au point de vue des phénomènes que nous appelons décalcification et recalcification considérés dans l'acception propre du mot. De même au point de vue macroscopique et microscopique nous sommes à peu près aussi ignorants, à part toutefois les caractères rencontrés dans la dentine secondaire. Une dent qui vient à se décalcifier après avoir été normalement constituée présente-t-elle par suite de ce processus pathologique des solutions de continuité dans la substance fondamentale, solutions appelées espaces interglobulaires de Czermark ? Pour moi je ne le crois pas, car je considère ceux-ci comme des stigmates d'une édification défectueuse de l'organe dentaire au début de sa formation. Les taches blanches qui existent sur certaines faces des dents, ne disparaissent jamais, quel que soit le régime que l'on fasse suivre au sujet. Et, lorsque nous pouvons faire des coupes de ces dents nous constatons au microscope d'innombrables espaces interglobulaires de Czermark. On pourrait me faire l'objection que des stigmates de décalcification ou de troubles dans la nutrition peuvent se rencontrer dans d'autres parties de l'organisme et citer en particulier les ongles qui sont à certains moments couverts de taches blanches qui viennent à disparaître.

A ceci je répondrais que les ongles sont d'origine exclusivement ectodermique, tandis que la dent, considérée dans son ensemble, est d'origine ecto-mésodermique ; que la partie de l'organe dentaire qui contient des tares est la dentine, d'origine purement mésodermique et qu'enfin l'ongle est un organe d'accroissement, tandis que les dents, à part les incisives des rongeurs, sont des organes qui, une fois qu'ils ont évolué ne se modifient plus.

Le président. — Ne pouvons-nous pas dire qu'à ce moment-là donner des sels de chaux au malade, c'est l'aider justement à fabriquer ce cône de résistance dont vous avez parlé ?

M. Choquet. — Je suis de votre avis, seulement au point de vue macroscopique et microscopique on ne peut rien observer, nous ne savons pas encore ce que sont la calcification, la décalcification, la recalcification et par suite de quel processus ces trois phénomènes viennent à s'effectuer.

M. Frey. — Tout à l'heure M. Roy nous a parlé d'une sorte d'opothérapie dentaire totale. On prend tous les éléments des dents de porc et on les fait absorber par les malades.

M. Roy. — Carles, de Bordeaux, appelle cela un « Dentogène scientifique ».

M. Frey. — C'est de l'opothérapie dentaire totale au premier chef.

Cependant il y a tout un groupe de confrères qui au contraire individualisent les différents types calcaires. Ils reconnaissent des types dits « calcarea carbonica », « calcarea fluorica », « calcarea phosphorica », suivant la prédominance du carbonate de chaux, du fluorure de calcium, du phosphate de chaux ; cette prédominance est révélée par certains signes cliniques et à cet égard de Nevrezé vous renseignera beaucoup mieux que moi.

M. Jolivet. — Je prends bonne note des phénomènes qui m'ont été signalés au point de vue clinique.

Je tiens à revenir dans un certain temps ici pour vous donner connaissance d'observations précises. Ce que je vous présente ce soir, c'est un travail de début, plus tard je vous présenterai un travail plus sérieusement étudié.

Le président. — Pour clore la discussion, je remercierai une dernière fois M. Jolivet de sa très intéressante communication.

Nous savons tous, en effet, que ce sont des problèmes très vastes et qui nous touchent de très près.

M. Frey nous a dit que la décalcification n'avait jamais été scientifiquement établie. Mais nous savons tous pourtant que c'est encore le dentiste, par la très grande habitude qu'il a de soigner les dents, qui peut avoir la plus juste appréciation de ce qu'est en réalité la calcification dentaire. C'est justement en soignant des dents que Paul Ferrier a eu l'attention fixée sur la décalcification.

Vous disiez aussi qu'histologiquement la décalcification n'était pas étudiée.

Néanmoins, nous dentistes, nous avons tous remarqué que des malades, pour une raison ou pour une autre, surmenage, intoxication, etc., etc., avaient subitement un véritable envahissement de caries dentaires. Nous nous efforçons de les soigner localement aussi bien qu'il est possible et pourtant ces malades très spéciaux présentent des récidives fréquentes de carie. Par conséquent, si nous ne la connaissons pas scientifiquement, la décalcification n'en existe pas moins.

Il est donc très heureux de voir un de nos confrères, M. Jolivet, venir ce soir nous apporter une communication à ce sujet.

M. Amoëdo a signalé que l'organisme assimilait bien moins les phosphates et carbonates de chaux sous leur forme chimique que sous la forme naturelle, végétale par exemple. C'est là une vieille idée que les vétérinaires ont eue avant les médecins.

J'ai connu un vétérinaire qui pour soigner les animaux procédait ainsi : dans un champ surchargé de phosphate de chaux, on cultivait des betteraves et ce sont ces betteraves qu'on donnait aux animaux à soigner.

La même chose a d'ailleurs été faite pour les humains. On a cherché à avoir des céréales surphosphatées. C'est là certainement la forme la plus assimilable des phosphates et carbonates de chaux.

M. Jolivet, dans son étude sur la formation normale des sels de chaux, signalait combien l'alimentation par l'eau bouillie pouvait priver la denture des enfants de la chaux qui lui est nécessaire; nous pourrions dire que le lait bouilli agit de même et que quantité de malades faisant de l'entérite et prenant à hautes doses des ferments lactiques se décalcifient pour deux raisons, d'abord par leurs toxines, ensuite par l'action décalcifiante de l'acide lactique lui-même.

III. — Un nouvel articulateur, par M. Ruppe.

M. Ruppe donne lecture de sa communication. (V. nº 30 janvier.)

Discussion.

Le président. — M. Gysi, dans la communication qu'il nous a faite lors de notre précédente séance, nous a montré tout l'intérêt qu'il y avait à enregistrer, au moyen de nombreuses manœuvres, tous les mouvements de l'articulation temporo-maxillaire pour savoir entre autres choses quelle était la dimension à donner aux cuspides des molaires, ainsi que le creux de la ligne longitudinale des molaires.

Il semblerait, d'après les idées de M. Ruppe, qu'on n'aurait plus les mêmes préoccupations et qu'on confierait au patient le soin d'enregistrer lui-même ces différentes proportions et de les obtenir ainsi automatiquement.

Si j'ai bien compris, c'est là la réalisation du problème.

M. Georges Villain. — Je suis extrêmement heureux de voir M. Ruppe nous apporter cette communication ce soir.

Il y a déjà assez longtemps que je dis que ce n'est pas dans l'articulateur physiologique que nous devons chercher le problème de l'articulation, mais bien dans la bouche de notre malade.

Il nous faut nous servir de l'articulateur physiologique tant que nous n'aurons pas mieux, c'est entendu, mais le plus parfait articulateur, c'est le maxillaire de notre malade : c'est l'articulation de chaque individu que nous devons nous efforcer de reproduire.

Lors de la communication de M. Choquet, en novembre dernier, j'avais pris la parole sur ce point, mais M. Godon m'avait arrêté lorsque je disais que l'Ecole dentaire de Paris devait rechercher la solution du problème dans une autre voie que celle des Américains.

Je pourrais dire aujourd'hui que c'est la seule solution pratique du problème de l'articulation.

M. Ruppe a pris pour obtenir ses divisions bien précises l'occlusion et l'articulation : l'occlusion, qui est l'état statique et l'articulation qui est l'état dynamique, fonction de l'articulation des dents.

Ce problème avait été posé dans une étude que j'avais faite et que je vous présentai en mai 1912. Je disais : Nous avons la possibilité de prendre non seulement l'occlusion, mais l'articulation de la bouche, et j'ajoutais qu'il me semblait anormal de ne pas essayer un bridge avant de le fixer en bouche. On doit en effet relier les deux piliers d'un bridge avec un fil de platine rigide, former le tablier du pont avec une couche épaisse de cire dure adaptée à l'occlusion, puis essayer en bouche en faisant faire aux malades les divers mouvements de mastication qui s'impriment sur la cire et la conforment à l'articulation. Puis on rapporte ce bridge sur le modèle. Peu importe si les points d'occlusion sont devenus imparfaits, car si les points d'articulation sont parfaits, le malade pourra broyer ses aliments. C'est là la solution logique, pratique, du problème de l'articulation. Est-elle complète ? est-elle définitive ? Non.

M. Ruppe a raison lorsqu'il nous dit : J'apporte quelque chose pour que d'autres que moi travaillent ce problème dans l'esprit où je l'ai travaillé, pour que nous aboutissions enfin à l'articulateur intra-buccal qui nous donne une articulation parfaite.

Ceci dit, je formulerai cependant diverses objections. Ce sont des critiques, si vous voulez, mais entendons-nous : M. Ruppe a raison, c'est un début, il part d'un principe que j'approuve, mais j'estime qu'il y a quelques petites modifications à apporter. Je ne considère donc pas que je lui adresse ce soir des critiques, je lui fais simplement part de quelques observations qui peuvent l'amener à faire des modifications qui à mon sens seraient heureuses.

Les plans qu'il nous donne sont pris d'après le plan horizontal de Barclay. Nous devons, à mon avis, chercher autre chose, c'est-à-dire le véritable plan de l'occlusion, qui présente une courbe variable suivant l'individu.

L'appareil de M. Ruppe nous donne un plan horizontal et il arrive ceci, c'est que, lorsqu'on provoque un mouvement d'incision, les plans des molaires ne sont plus en contact. Il faut faire ce que Eltner a proposé et ce que Ruppe a réalisé par la petite tubérosité qu'il place à son appareil du bas. Eltner l'a fait avec un plan incliné, M. Ruppe le fait par une petite tubérosité de compensation, le principe et le résultat sont identiques.

Si nous examinons un malade dont la bouche est parfaite, lorsque ce malade fait un mouvement d'incision, il garde le contact de plusieurs molaires antagonistes, mais dès que le mouvement est légèrement combiné au mouvement de diduction, les cuspides de toutes les molaires viennent en contact avec leurs antagonistes, tandis que les incisives se touchent bord à bord.

Si ces conditions se trouvent rarement, c'est parce qu'on trouve rarement une bouche qui soit constituée parfaitement ; mais si nous faisons un dentier, il nous faut rétablir cela. Une disposition contraire entraînerait la chute des appareils dont la stabilité est due au contact des surfaces sur plusieurs points dans tous les mouvements.

Il y a donc là une modification à apporter.

Il y a ensuite un autre point, c'est l'articulation croisée : M. Ruppe dit : au point de vue de la stabilité, il faut mettre les molaires supérieures sur la crête et forcément les molaires inférieures vont déborder. Il y a un inconvénient à cela. M. Schwartz a signalé l'articulation croisée des molaires. J'ai tenté de l'appliquer. Or il faut très longtemps au malade à qui vous avez placé un appareil en articulation croisée pour qu'il se serve bien de son appareil.

Si vous lui donnez les deux genres d'appareils, il prendra toujours l'appareil avec l'articulation normale, il laissera l'autre, parce qu'il ne broie pas bien avec cet appareil-là. Et au fond cela se comprend très bien.

Un malade habitué à manger à droite porte son maxillaire de ce côté dans un mouvement de circonduction et les dents à ce

moment laissent entre leur tubercule un espace qui contient les aliments, la mandibule reprend alors sa position de repos et l'aliment est écrasé entre deux cylindres ou deux portions de cylindres représentés par les cuspides, comme le grain entre les surfaces des meules.

Nous qui connaissons les mouvements mandibulaires, nous pourrions à la rigueur faire des mouvements à gauche pour broyer à droite, mais le malade, lui, va continuer à porter ses dents à droite, il coupera ses aliments, mais il ne les broiera pas.

Les patients arrivent à la longue à changer leur mouvement de mastication, ils mastiquent à gauche pour broyer à droite. Mais, à mon avis, l'articulation croisée ne devrait être employée que dans les cas exceptionnels où il y a intérêt à le faire pour maintenir à nos appareils une stabilité suffisante, comme lorsque la résorption alvéolaire a entraîné une différence très grande de diamètre entre les deux arcades antagonistes.

Je remercie notre collègue Ruppe de la très intéressante contribution qu'il apporte ce soir au problème de l'articulation.

M. Amoëdo. — Je désire féliciter M. Ruppe de son ingénieux appareil, entre autres de l'appareil qu'il a imaginé pour trouver le plan de Camper. Personnellement pour trouver ce plan je me servais d'une tige, d'une règle, d'un instrument de fortune. L'appareil qu'a conçu M. Ruppe vient résoudre cette question d'une façon très élégante et je tiens à féliciter M. Ruppe de cette belle conception.

Quant aux autres appareils qu'il nous a présentés, je crois qu'ils constituent une ressource pour ceux qui n'ont pas les articulateurs avec mouvements anatomiques, car avec la méthode de Christensen on trouve très rapidement l'inclinaison des molaires et l'on a ensuite la possibilité de retoucher les molaires avec la poudre de carborundum pour les faire articuler parfaitement les unes avec les autres. L'articulateur de M. Ruppe n'a pas de mouvements de latéralité. Il trouve bien les surfaces articulaires de ses gabarits, mais pour les surfaces des molaires en porcelaine il peut y avoir des petites différences qu'il ne peut pas corriger dans ses articulateurs à simple mouvement de charnière, tandis qu'en se servant de ses mêmes gabarits, mais avec un mouvement de latéralité, on pourrait corriger les petites erreurs qui pourraient se produire dans le montage des appareils.

Il y a un autre point : celui de la compensation. Tous les dentistes ont voulu suivre la mode et ont mis des compensations à tous les dentiers, sans savoir si leurs patients avaient besoin de ces courbes de compensation.

Or il y a des cas où il n'y a pas besoin de compensation, où

le plan d'occlusion doit être rectiligne, sans compensation aucune, ce qui fait que les malades mastiquent mieux, tandis que dans d'autres cas il faut des compensations.

Quant à l'entre-croisement des molaires il faut, en plus du placement des molaires inférieures en dehors des supérieures, changer la forme de la surface articulaire. Ainsi les supérieures de gauche doivent être inférieures à droite et vice versa.

A part cela, je félicite M. Ruppe. Je serai heureux de pouvoir me procurer un instrument pour trouver cette ligne de Camper, ligne que j'ai appelée auriculo-naso-labiale et dont le repérage est aujourd'hui indispensable dans la confection d'un dentier complet.

M. Choquet. — Je ne puis, moi aussi, que féliciter M. Ruppe de l'appareil qu'il nous soumet ce soir, car les résultats qu'il nous présente sont, à mon avis, établis sur des bases me paraissant très précises, puisqu'elles sont prises sur le patient lui-même. Le seul reproche que je pourrais me permettre de faire a trait à la ligne d'articulation droite.

Nous savons tous que bien des mécaniciens, lorsqu'ils montent un dentier, établissent celui-ci sous forme d'une ligne droite. C'est irrationnel et je vous rappellerai combien je me suis élevé contre la théorie de Tomes dans son traité d'anatomie dentaire lorsqu'il dit que chez l'homme toutes les dents s'élèvent au même niveau. Encore une fois c'est une définition absolument fausse et mes recherches m'ont amené à rencontrer semblable occlusion deux fois sur 22.000 crânes d'adultes.

En effet, si la définition de Tomes était exacte, si l'on venait placer un maxillaire supérieur complet sur une surface plane, on verrait toutes les dents venir en contact avec cette dernière. Or, il n'en est pas ainsi, car nous rencontrons autant dire toujours une ligne d'occlusion plus ou moins courbe, plus ou moins sinueuse, dont le maximum d'innervation est situé dans la majorité des cas au niveau de la première molaire.

Dans un travail antérieur, j'ai attiré l'attention sur les relations étroites existant entre l'articulation interdentaire ou occlusion et l'articulation temporo-maxillaire et j'ai démontré que plus la ligne d'occlusion se rapproche de la ligne droite plus l'articulation temporo-maxillaire est plane et mal délimitée. Au contraire, plus la ligne d'occlusion est courbe ou sinueuse, plus le condyle est emboîté d'une façon intense dans la cavité glénoïde.

Prenons comme terme de comparaison l'enfant qui ne possède que sa dentition temporaire. Que constatons-nous du côté de l'occlusion et de l'articulation temporo-maxillaire ? Nous nous trouvons en présence d'une ligne d'occlusion droite et d'une cavité glénoïde à l'état rudimentaire.

Cet enfant mangera-t-il, triturera-t-il ses aliments comme il le fera plus tard alors que ses dents temporaires seront remplacées par des dents permanentes ? Pas du tout. Alors qu'il ne possède que ses dents temporaires il peut faire effectuer à son maxillaire inférieur tous les mouvements qu'il voudra : abaissement, élévation, diduction, projection en avant.

Au fur et à mesure que la dentition temporaire disparaîtra et qu'elle sera remplacée par des organes différents comme forme et comme volume, au fur et à mesure que l'on verra évoluer des organes nouveaux, molaires de 6 ans et de 12 ans, nous assisterons à la modification et de la ligne d'occlusion et de l'articulation temporo-maxillaire. Plus l'éruption de la première grosse molaire supérieure sera précoce, plus la courbe d'occlusion sera accentuée et, par conséquent, plus le condyle sera emboîté intimement dans la cavité glénoïde. Et pour peu que l'axe des condyles soit plus ou moins oblique, tout mouvement de latéralité qui était possible, alors que seule la dentition temporaire existait, deviendra impossible

Voilà le fait sur lequel j'attire votre attention. L'appareil que vous présentez ce soir simplifie, modifie radicalement tout ce qui avait été fait jusqu'à ce jour. Vous supprimez totalement cette utopie qui est le triangle équilatéral de Bonwill, et vous vous basez exclusivement sur le sujet vivant pour établir vos appareils. Je ne puis que vous féliciter de vos recherches, de votre esprit ingénieux, car vous vous approchez de la solution tant cherchée. Mais, à mon avis, il faudrait essayer de modifier cette ligne d'articulation droite pour la remplacer par une ligne plus ou moins courbe ou sinueuse avec maximum d'inflexion au niveau de la première grosse molaire.

N'est-ce pas votre avis ? (M. Ruppe fait une ligne de dénégation).

Nous en serons donc réduits à construire tous nos dentiers sous forme d'une ligne d'occlusion droite, ce qui est malheureux, car encore une fois ce n'est pas la reproduction de l'articulation normale et il nous faut tenir compte, autant que faire se peut, de l'aspect que présentait primitivement la bouche du patient.

C'est une amélioration considérable que vous nous apportez et je vous demande si vous pensez que vous puissiez encore l'améliorer.

M. Ruppe. — Je le crois, mais ce soir je viens vous exposer mon idée afin que nous la discutions. Je ne donne pas cette idée comme définitive. J'ai voulu aller du simple au composé : deux cylindres glissant l'un sur l'autre et s'appuyant sur des plans articulés ; la courbe de compensation est à mon avis une chose très difficile à pouvoir établir sur un dentier.

M. Frey. — Comme le dit M. Choquet, l'articulation temporo-maxillaire est fonction de l'occlusion et c'est en partant de cette donnée que M. Ruppe a abordé la question, d'une façon très simple et très clinique, comme vous pouvez le constater. Je l'en félicite très vivement.

Le président. — Avec la façon dont vous avez conçu votre prise d'articulation, vous pouvez rechercher les trois points de contact, et la courbe de compensation.

(M. Ruppe fait la démonstration à l'aide de ses modèles pour répondre à la question qui lui est posée.)

M. Léger-Dorez demande à M. Ruppe s'il n'aurait pas pu trouver le moyen de faire sa courbe de compensation avec un ressort plutôt qu'avec un tube.

M. Ruppe. — J'ai pensé un peu à cela. J'avais pensé à articuler une série de tubes.

M. Georges Villain. — Au sujet de l'articulation temporo-maxillaire, tout à l'heure M. Frey rappelait ce que disait M. Choquet : l'articulation temporo-maxillaire est fonction de l'articulation dentaire. Je crois que tout le système dentaire, y compris la forme de l'arcade, est fonction de l'articulation ; il y a une solidarité entre tous les éléments de ce système, et de cette solidarité découle une intime liaison en des reflets d'harmonie.

M. Frey partait de ce point : l'articulation temporo-maxillaire étant fonction de l'articulation dentaire ; nous ne nous occupons plus de l'articulation temporo-maxillaire : elle se modifiera. Je réponds : oui, elle se modifiera, car elle s'est modifiée nécessairement pendant la vie pour s'adapter aux modifications que la chute ou l'usure des dents sont susceptibles d'entraîner, mais ces modifications sont lentes et fréquentes. Si vous placez un appareil à un édenté et si cet appareil n'est pas construit conformément au mécanisme individuel de ce patient, les modifications de l'articulation prendront des mois et des années pour conformer celle-ci aux nouvelles conditions que vous imposez. Or pendant ce temps, le malade mastique mal. Nous sommes obligés de nous occuper de l'articulation temporo-maxillaire : c'est ce qui a amené ces complications dans les appareils de Gysi, de Christensen, cherchons donc le moyen d'harmoniser notre appareil au mécanisme individuel de chacun, mais pour cela employons comme articulateur le seul qui puisse convenir à chaque cas, c'est-à-dire le maxillaire du malade.

M. Frey. — Ce mouvement est fait pour établir son articulation dentaire. Le patient est obligé de suivre les indications de son appareil, nous n'avons pas à nous en occuper, nous n'avons pas à établir le graphique de son articulation.

M. Georges Villain. — Vous l'inscrivez, mais étant donné que vous l'inscrivez sur une surface horizontale, vous n'obtenez pas le contact continu des surfaces articulaires ; le malade pourrait obtenir un contact suffisant si les mouvements mandibulaires étaient rectilignes et se faisaient suivant un plan horizontal; or ils sont curvilignes dans le mouvement de circonduction qui seul nous intéresse au point de vue de la mastication. La solution, c'est dans la bouche du patient qu'il faut la chercher, mais en construisant l'appareil suivant les lois et principes qui président à la constitution du mécanisme dentaire humain.

M. Frey. — C'est tellement dans la bouche que je fais un grief à Villain de ne pas avoir insisté sur la résorption alvéolaire qui nous oblige si fréquemment à faire des articulations croisées.

M. Georges Villain. — Pardon j'y insiste tellement que je consacre deux leçons entières aux modifications diverses que l'âge et la perte des dents font subir aux mécanismes tant dans son ensemble qu'à chacun des éléments le constituant.

M. Frey. — Quand je demande aux jeunes mécaniciens qui se présentent au 3e examen comment ils montent un dentier, ils oublient de me parler de la résorption alvéolaire et de la crête.

M. Choquet. — Je me résume en insistant encore une fois sur ce point que la ligne d'occlusion plus ou moins sinueuse a comme cause prédisposante, je peux même dire comme cause efficiente, l'éruption de la première grosse molaire supérieure et que nous ne devons pas tenir compte des tables chronologiques de l'éruption des dents telles qu'elles ont été établies par Magitot, car, pour ma part, je les considère comme absolument sujettes à caution.

Le président. — Nous remercions M. Ruppe de nous avoir fait ce soir cette très intéressante communication qui jette une lumière toute nouvelle sur le problème de l'articulation.

IV. — Un nouvel appareil : le pluvoyant, par M. Léger-Dorez.

M. Léger-Dorez donne lecture de sa communication et présente son appareil. (Sera publiée.)

Le président. — Nous remercions M. Léger-Dorez de sa présentation. Cet appareil est susceptible de nous rendre des services très appréciables.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le secrétaire général : R. Lemière.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

Session de La Haye 1913.

(Suite.)

COMMISSION DE DÉONTOLOGIE

Séance du 29 août 1913.

Présidence de M. Rosenthal (de Bruxelles).

La séance est ouverte à 9 heures du matin.

Vingt membres de la F. D. I. sont présents.

Le président, après avoir rappelé la formation de cette Commission à Stockholm, sur la demande de M. Aguilar, donne lecture du rapport que nous avons publié (p. 417 du nº du 15 novembre 1913).

M. Aguilar. — Comme auteur de la proposition je suis en parfait accord avec M. Rosenthal quant aux principes qu'il vient d'exposer. Malheureusement je ne suis pas prêt à vous présenter un projet de code de déontologie, car c'est une tâche très ardue, attendu que nous devons codifier tous les devoirs du praticien à l'égard du public et de la profession et en même temps nous ne devons pas nous immiscer dans mes coutumes et habitudes de chaque pays, puisque ce qui est considéré comme contraire à la déontologie dans un pays n'est pas jugé tel dans un autre. Les hommes font mal d'ordinaire parce qu'ils n'ont pas appris à éviter ce qui est mal. En Espagne le charlatanisme était répandu autrefois ; mais depuis l'introduction de notre code déontologique nous supprimons en fait toute manifestation de réclame et le dentiste qui faisait de la publicité avec des lettres d'un mètre de long a disparu maintenant. Cela ne se fait plus maintenant parce que nous avions appris aux hommes que c'était mal. Puisque nous avons fait cela en Espagne, je pense que notre profession pourrait être moralisée en recommandant un code de déontologie. Nous ne sommes pas préparés pour cela, parce que nous n'avons pas une base commune; mais nous pouvons prendre une mesure précise et recommander que dans toutes les écoles dentaires une leçon de déontologie soit inscrite dans le programme d'enseignement. En attendant nous préparerons un code de principes que nous pourrons recommander. Dans quelques pays cet enseignement est mentionné dans le programme ; mais dans beaucoup l'étudiant quitte l'école sans connaître ses devoirs envers la profession et envers ses confrères. Je propose qu'un Comité de 3 membres présente à la prochaine réunion un rapport sur un projet de code déontologique simple et

concis, comprenant 8 ou 10 articles. Quand il aura été adopté par la F.D.I. je suis sûr qu'il sera approuvé par des centaines de sociétés dentaires, qui sont embarrassées aujourd'hui à cet égard. Notre code pourrait servir de guide, avec les modifications nécessaires.

M. Quintin est de l'avis de M. Aguilar. A Bruxelles on a procédé comme il a été dit et chaque étudiant signe l'engagement de se conduire honorablement, tandis qu'un esprit de solidarité et d'altruisme est inculqué à l'Ecole dentaire. Il faut prendre une attitude positive et non une attitude négative en donnant cet enseignement.

M. Scheele considère cette proposition comme agréable à l'Allemagne; avec de la bonne volonté et de l'activité un code pourrait être établi partout. L'Allemagne a déjà une commission de déontologie, appuyée à tous égards par la profession.

M. Lenhardtson doute qu'une leçon suffise. Les étudiants devaient être instruits de l'attitude et de la conduite à observer non seulement à l'égard du public, mais encore à l'égard de la profession médicale et des autorités publiques.

M. Godon. — J'approuve l'excellent rapport de M. Rosenthal et je félicite M. Aguilar de sa proposition. Nous avons obtenu des résultats très importants de cet enseignement en France. A l'Ecole dentaire de Paris les conditions d'admission au diplôme obligent l'étudiant à prendre l'engagement écrit, en entrant à l'Ecole, de se conduire suivant les règles de l'honneur professionnel et surtout de s'abstenir de toute réclame.

Le Conseil de famille examine également la conduite des membres de la Société et les rappelle à l'ordre, si c'est nécessaire.

Je propose qu'il soit recommandé à toutes les écoles dentaires de faire signer par tout étudiant sortant diplômé de prendre l'engagement écrit de se conduire suivant les règles de l'honorabilité professionnelle et notamment de s'abstenir de toute réclame.

M. Brophy. — Nous voulons une profession d'un niveau moral élevé ; nous voulons l'élever à un rang qui oblige toutes les autres professions à la respecter à tous égards. Il est nécessaire d'instruire en déontologie nos étudiants mieux que nous ne l'avons fait. Cette question n'a pas toujours reçu dans les 50 écoles dentaires des Etats-Unis l'attention qu'elle mérite. Il faut donner à nos jeunes professionnels un idéal professionnel. J'écarte la question de programme. Si nous sommes sincères en réalisant l'idéal de la morale, il faut commencer chez nous. Je ne puis concevoir comment un jeune homme élevé dans une institution convenable peut mettre une enseigne se lisant à 200 ou 300 mètres sans penser que c'est immoral professionnellement. La vieille maxime qu'un fleuve ne peut pas monter plus haut que sa source s'applique ici. On doit enseigner au jeune homme à faire son devoir à l'égard de ses pa-

tients et à ne rien faire qu'il ne voudrait pas qu'on fît à aucun membre de sa famille. Quand la F. D. I. aura élevé la voix contre le manque d'éducation en matière de morale dans nos écoles et nos institutions dentaires, elle aura fait une action louable à cet égard. Je ne critique aucune institution et aucun pays ; j'adresse cela à mon pays aussi bien qu'à tout autre. Sachant que nous devons établir une réforme dans notre mode d'enseignement, il nous faut commencer à la base même et conduire les jeunes gens pas à pas jusqu'à ce qu'ils atteignent un idéal qui leur assure un plus grand respect de la part des hommes de science des autres professions.

M. Quintin pense préférable que les leçons de morale soient données par un dentiste plutôt que par un avocat ou un profane.

M. Subirana dit qu'il n'y a plus de charlatans en Espagne depuis que la Société odontologique a établi un code de déontologie.

M. Aguilar. — Nous avons en Espagne des inspecteurs sanitaires qui sont des médecins nommés par le Gouvernement et chargés de surveiller la conduite des médecins et ont l'obligation morale de surveiller également celle des dentistes. Il y a aussi dans chaque province un dentiste nommé par le Gouvernement et chargé de signaler les cas d'exercice illégal.

M. Schäffer-Stückert. — En Prusse nous avons réussi à obtenir une chambre de dentistes établie par un décret impérial et chargée d'édicter des règlements déontologiques et de trancher les questions de déontologie. Elle comprend 2 membres par province prussienne, 35 membres en tout, nommés au scrutin secret. Les praticiens ne jouissant pas d'une bonne réputation ne sont ni électeurs ni éligibles. A l'automne ou au commencement de 1914 des chambres de ce genre, qui existent également pour les médecins et pour les avocats, fonctionneront dans toute l'Allemagne.

M. Brophy. — Aux Etats-Unis dans un Etat, le Conseil médical a le pouvoir de retirer le droit d'exercice à un praticien qui a été reconnu par jugement avoir manqué aux règles de la déontologie. Il en résulte que toutes les grandes enseignes ont disparu et qu'aucun praticien n'enfreint ces règles.

M. Jenkins pense, entre autres choses, que les écoles dentaires américaines accueilleront volontiers tous conseils de nature à élever le niveau moral dès le début des études dentaires.

M. Aguilar. — Je suis heureux d'entendre les avis favorables exprimés. La proposition de M. Quintin d'établir des leçons de déontologie ne saurait être acceptée en Espagne, où l'Etat paye les professeurs. Il faut adopter un principe et le laisser appliquer dans chaque pays suivant les circonstances. M. Godon a fait une proposition que quelques-uns d'entre nous ne peuvent pas approuver, parce qu'elle ne peut pas être appliquée dans un établis-

sement d'Etat, où l'étudiant doit être soumis aux mêmes règles que les autres professions ; nous pouvons recommander la chose, mais ne pouvons l'imposer.

Il est décidé ce qui suit : 1° Un comité composé de MM. Aguilar, Rosenthal et Schäffer-Stückert est chargé de rédiger un code de morale qui sera discuté à la prochaine session.

2° La F. D. I. recommande aux écoles dentaires de comprendre la morale professionnelle dans leur programme d'enseignement.

M. Godon retire sa proposition, mais en demande le renvoi au Comité. — *Adopté.* *(A suivre.)*

CONGRÈS DU HAVRE (1914)

En vue du Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, qui doit avoir lieu au Havre en juillet et août prochains, la section d'odontologie a décidé de réunir dès maintenant ses membres exerçant au Havre et dans les villes avoisinantes, afin de mettre au point l'organisation des travaux de la section.

Sous la présidence de M. le Dr Audy, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, président de la section d'odontologie de l'Association française, le groupe havrais s'est réuni le 15 courant dans les salons de l'Hôtel Moderne, afin de constituer son Comité local.

Etaient présents : MM. Cousin, Fuchs, Lehmans, Maurion, Miégeville, Palmer, Regard, Ribard, Richard-Chauvin.

S'étaient excusés : MM. Billoir et Hirou.

M. Ribard a été élu président du Comité local de la section d'odontologie ; a été élu secrétaire, M. Palmer, à qui toutes les communications devront être adressées, 39, rue Dicquemare.

CONGRÈS NATIONAL DENTAIRE

(Barcelone, 12 au 15 avril 1914.)

M. Mariano Trallero, chirurgien-dentiste à Barcelone, nous informe qu'un Congrès national aura lieu dans cette ville en avril prochain. Les autorités locales n'ont rien négligé pour donner une grande importance à cette réunion professionnelle à laquelle le roi Alphonse XIII a bien voulu accorder son haut patronage.

Les séances de démonstrations pratiques auront lieu à l'Hôpital clinique, et les séances théoriques dans des locaux réservés de la Faculté de médecine.

M. Trallero doit nous adresser prochainement un programme plus détaillé et en attendant fait un chaud appel à ses amis de France qui voudraient bien se joindre aux confrères espagnols.

G. V.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

BULLETIN

ALLOCUTION

prononcée au Conseil d'Administration de l'Ecole dentaire de Paris, le 13 janvier 1914.

Par M. Godon,
Président-Directeur.

Mes chers collègues,

Au début de cette année je tiens à vous remercier encore une fois de la marque nouvelle de confiance et de sympathie que vous m'avez donnée à la dernière séance en m'appelant pour la 20e fois à la présidence de notre Société et à la direction de notre Ecole, direction que j'ai assumée, je puis le dire, à peu près depuis sa fondation comme secrétaire général d'abord, comme directeur ensuite.

Je vous remercie pour moi et pour mes chers collaborateurs du Bureau de la Société, mes amis d'Argent, Roy, Bioux, Blatter, G. et H. Villain, Dreyfus, Miégeville, André, dont le concours m'est si précieux, si nécessaire pour pouvoir continuer à accepter les charges et les responsabilités qui m'incombent.

J'apprécie d'autant plus cette marque nouvelle de votre confiance que notre Conseil d'Administration a été quelque peu modifié par l'entrée de plusieurs nouveaux collègues auxquels j'ai été heureux de souhaiter la bienvenue : MM. Haloua, Pillières, Solas.

Mais si la composition du Conseil a été modifiée, l'esprit n'en a pas été changé, les membres nouveaux sont, comme les anciens qu'ils remplacent, animés du même amour pour l'institution, du même désintéres-

sement, du même dévouement aux intérêts professionnels, j'en suis sûr, et aussi des mêmes sentiments de cordiale sympathie et de solidarité qui nous unissent les uns aux autres et dont la très belle fête en l'honneur de notre vice-président, M. L. Lemerle, vient de donner une éclatante manifestation, et ce fut justice, car Lemerle reste à ces divers titres le modèle des membres du Conseil et du corps enseignant.

C'est que le bon fonctionnement des divers services de notre groupement professionnel nécessite non seulement l'ordre, la méthode, le constant contrôle dans l'administration, l'assiduité et la régularité dans l'enseignement et le dispensaire et un certain respect des traditions créées par les collaborateurs précédents, mais encore et surtout la plus franche sympathie et la plus entière confiance entre tous les membres du Conseil, sympathie et confiance sans lesquelles une œuvre absolument philanthropique et à base démocratique comme la nôtre ne peut vivre et prospérer.

C'est grâce à ces conditions, qu'il nous faut développer et maintenir avec soin, que nous avons pu traverser une période difficile sans trop d'inconvénients ; c'est grâce à elles que nous pourrons retrouver à nouveau et que nous avons déjà retrouvé les succès passés pour notre Ecole, et je dirai aussi pour notre chère Association.

Car je ne les sépare pas dans ma pensée ; malgré que le Conseil d'Etat en 1892 en ait fait légalement deux organismes distincts, elles n'en restent pas moins pour nous le seul et même groupement que nous avons créé en 1879 pour la réalisation d'un idéal professionnel comportant la défense des intérêts corporatifs et des intérêts généraux qui y sont liés ; groupement qui a fonctionné ainsi pendant plus de douze ans (de 1879 à 1892).

Il faudra bien qu'un jour, que je souhaite prochain, nous obtenions des pouvoirs publics qu'il soit ramené

à son organisation primitive si l'on veut éviter le retour des incidents qui en ont si souvent compromis l'existence, entravé le fonctionnement, et c'est pourquoi nous faisons tout notre possible, tout en respectant la légalité présente et en attendant cette fusion, pour réduire au minimum la dualité administrative qui nous a été imposée. Tous nos efforts ont tendu depuis quelques années à placer non seulement tous les services de notre Ecole, mais toutes les branches mêmes du groupement, sous une seule et même direction générale composée de collaborateurs très unis, s'inspirant d'une même pensée et de principes semblables.

Je ne voudrais pas transformer cette allocution, qui doit être courte, en un discours programme.

Pourtant il me semble utile pour la clarté de notre orientation et la précision de notre action d'énoncer brièvement au moins devant vous les principales idées qui doivent s'imposer à l'attention des administrateurs de notre Société au début d'une nouvelle année.

D'abord, à l'intérieur, avec une bonne administration, dont je viens de rappeler les conditions principales, et le maintien d'un budget très serré et très prudent, il faudrait, afin de ne pas laisser diminuer le nombre de nos adhérents et par suite la puissance de notre groupement, augmenter en province particulièrement la propagande en faveur de notre Ecole afin de répandre et de mieux faire comprendre les principes odontologiques sur lesquels elle s'appuie, de dissiper aussi tout malentendu et de montrer que si notre action est dirigée souvent contre un petit groupe de médecins stomatologistes sectaires, les odontologistes n'en conservent pas moins les sentiments les plus confraternels pour le corps médical tout entier, où nous comptons tous des maîtres respectés, des collaborateurs dévoués, des amis fidèles.

Il nous faut aussi fortifier notre Comité de patronage, qui a été si souvent et qui reste encore notre meil-

leure sauvegarde contre les fantaisies d'une Administration encore trop souvent indifférente ou hostile, parce que incompétente ou mal éclairée.

Il nous faut enfin maintenir les bonnes relations créées entre les trois écoles dentaires françaises reconnues d'utilité publique et dont l'entente est si précieuse, avec la F. D. N., notre intermédiaire régulier qu'il faut continuer à soutenir, avec les sociétés scientifiques comme l'A. F. A. S. qui a fait à notre spécialité parmi les autres sciences la place qui lui est due, avec enfin les sociétés étrangères et particulièrement la F. D. I. qui ont été pour nous pendant les phases critiques de notre évolution le meilleur appui moral vis-à-vis des pouvoirs publics, et pour la profession un puissant agent de progrès.

Nous continuerons cette année, mes chers collègues, à poursuivre avec énergie et activité notre action dans cette voie avec votre concours dévoué à tous pour augmenter la force de notre groupement, en vue de perfectionner notre enseignement et d'étendre les bienfaits de notre dispensaire, afin d'accroître encore le prestige de l'Ecole dentaire de Paris et du chirurgien-dentiste français.

C'est à cette œuvre éminemment intéressante et utile que se doivent les membres du Conseil d'Administration, c'est pour elle que je vous invite à nous mettre maintenant tous au travail.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A l'assemblée générale de l'A. G. S. D. F. de janvier 1913 M. Zimmermann présenta un projet tendant à l'attribution de récompenses aux collaborateurs des chirurgiens-dentistes. Ce projet fut renvoyé pour étude au Conseil d'administration de l'Association, qui l'examina dans sa séance du 15 novembre 1913 et élabora un règlement. Ce règlement revint en discussion à la séance du Conseil du samedi 17 janvier 1914 et fut soumis à l'assemblée générale du lendemain, qui lui donna la forme définitive suivante.

RÈGLEMENT

DE

l'attribution de récompenses à décerner, au nom de l'A. G. S. D. F., aux collaborateurs des dentistes.

Art. 1er. — Il est accordé par l'Association générale syndicale des dentistes de France des récompenses destinées à reconnaître les services rendus aux dentistes par leurs collaborateurs.

Art. 2. — Ces récompenses consistent en médailles d'or, d'argent, de bronze, accompagnées de diplômes.

Art. 3. — Elles sont exclusivement réservées aux opérateurs et mécaniciens français, de Paris, de la province, des colonies ou des pays de protectorat, faisant ou non partie de l'Association et comptant au minimum 15 ans de service dans la même maison (apprentissage et service militaire compris).

Art. 4. — Pour être candidat aux récompenses les intéressés doivent justifier de :

15 ans de service dans la même maison pour la médaille de bronze.
20 — — — — — — — — d'argent.
25 — — — — — — — — d'or.

Le nombre de ces attributions de médailles ne pourra dépasser annuellement 15 pour la médaille de bronze, 10 pour la médaille d'argent, 5 pour la médaille d'or.

Art. 5. — Les demandes de récompenses doivent être adressées, avant le 1er décembre de chaque année, par les intéressés ou par leurs patrons, au président de l'Association générale syndicale des dentistes de France. Elles devront être accompagnées d'un certificat du patron, dûment légalisé par le maire ou le commissaire de police, d'un extrait du casier judiciaire et d'un certificat de bonnes vie et mœurs.

Art. 6. — Les demandes sont examinées par le Conseil de famille de l'Association, qui fera un rapport au Bureau, et le Conseil d'administration statuera en dernier ressort.

Art. 7. — Le Bureau est chargé de s'occuper de la confection des médailles et diplômes, dont les modèles seront soumis préalablement au Conseil.

Art. 8. — Les récompenses seront remises lors de l'assemblée générale annuelle de l'Association ou, s'il y a lieu, à l'occasion d'une fête professionnelle.

Art. 9. — Les dépenses occasionnées par les médailles et diplômes seront supportées par la caisse de la Commission de prévoyance.

Art. 10. — Les premières attributions auront lieu en 1915. Les demandes pour ces premières récompenses devront parvenir avant le 1er décembre 1914.

En raison de cette création nous invitons tous ceux qui remplissent les conditions requises pour l'attribution de ces récompenses ou leurs patrons à adresser leurs demandes régulières au Président de l'A. G. S. D. F., 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris.

NÉCROLOGIE

Notre confrère, M. René Loyer, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'être cruellement éprouvé par la mort de son père, M. Marcel Loyer, décédé le 5 de ce mois, à l'âge de 54 ans, à Royan.

Nous adressons à notre confrère et à sa famille nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Distinctions honorifiques.

Nous enregistrons avec plaisir les distinctions honorifiques suivantes accordées à des membres de l'A. G. S. D. F.

Ont été nommés *officiers de l'Instruction publique :*

MM. Caillouet (Paris).
Catton (Paris).
Indjéyan (Paris).
MM. Staviski (Paris).
Tzanck (Paris).
Vichot (Lyon).

Ont été nommés *officiers d'Académie :*

MM. Amoureux (Besançon).
Gatineau (Paris).
Isnard (St-Germain-en-Laye).
MM. Lalement (Nevers).
Léger (Paris).
Sosson (Paris).

A été nommé *officier du Nicham-Iftikhar* :

M. Vichot (Lyon).

D'autre part, ont été nommés *officiers de l'Instruction publique:*

MM. Bernard (Alfred), Paris.
Flamant, Fontainebleau.
Fleischmann (Ch.), Lyon.
MM. Gallot, Paris.
Josnes, Orléans.
Meignier, Cambrai.

Officiers d'Académie :

MM. Bertrand, Chambéry.
Buffet, Périgueux.
Tarcassanne, Oran.
Fournier, Paris.
MM. Hochard, Angers.
Brunet, Saint-Denis.
Launay, Paris.
Lavocat, Lyon.

Nous adressons à ces confrères nos vives félicitations.

Séance de démonstrations pratiques.

La séance de démonstrations pratiques organisée par la Société d'Odontologie de Paris, pour le 22 février, à l'Ecole dentaire de Paris, comprend le programme suivant :

9 heures. — Démonstration d'analgésie et anesthésie prolongée par le protoxyde d'azote et d'oxygène, avec le nouvel appareil de Clark, par M. Ortion.

9 h. 1/2. — Montage anatomique des dentiers complets, suivant la méthode de M. Gysi, par M. Marchais, élève de M. Gysi.

10 heures. — Présentation et technique de deux nouveaux articulateurs, par M. Amoëdo.

10 h. 1/2. — Le gnathomètre et l'articulateur intrabuccal, par M. Ruppe.

11 heures. — Présentation d'un pneumo-anesthésiographe, par M. Franchette.

11 h. 1/2. — Opération d'épulis, par M. Roy.

Nous reviendrons sur ces démonstrations.

Fête des étudiants.

La fête annuelle des étudiants de l'Ecole dentaire de Paris aura lieu le samedi 18 mars, à 9 heures du soir, dans la salle des fêtes du *Petit Journal*, 21, rue Cadet, au profit de la Caisse de secours des étudiants nécessiteux.

Mariage.

Nous apprenons le mariage de notre confrère M. Albert Lanos, chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris, avec Mlle Geneviève Grimault, célébré le 23 février.

Nous adressons nos félicitations et nos vœux de bonheur aux jeunes époux.

Cercle odontologique de France.

Le bal donné par le Cercle odontologique le 20 février a été des plus brillants. Une revue fort gaie et très spirituelle a été jouée et a obtenu le plus grand succès. M. Bruschera s'est fait chaleureusement applaudir dans des monologues dits avec esprit.

Un souper des plus animés a eu lieu à 2 heures du matin et la fête ne s'est terminée qu'à 5 heures.

MM. Blatter et Roy représentaient l'A. G. S. D. F. et l'E. D. P. à cette jolie et agréable réunion.

Nouveau journal.

Nous sommes heureux de signaler l'apparition d'un nouveau confrère *La Science et la Presse*, organe officiel de l'Association des Ecrivains scientifiques, qui donne dans chacun de ses numéros l'analyse impartiale des principaux ouvrages de science publiés en langue française.

Un numéro spécimen de *La Science et la Presse* est envoyé gratuitement, sur demande adressée au Secrétariat général des Ecrivains scientifiques, 25, rue Lauriston, Paris.

Erratum.

Sur la planche hors texte représentant l'automobile offerte à M. Lemerle, entre les pages 138 et 139 de notre dernier n°, lire LION PEUGEOT, au lieu de *Léon Peugeot*.

DERNIÈRE HEURE

A. G. S. D. F.

Le Conseil d'administration de l'A. G. S. D. F. a constitué son Bureau, ainsi qu'il suit dans sa séance du 21 février :

Président : M. Bioux.

Vice-présidents : MM. Fouques, Audy (Senlis).

Secrétaire général : M. Henri Villain.

Trésorier : M. Miégeville.

Secrétaire adjoint : M. Cernéa.

Nous reviendrons sur cette réunion.

F. D. N.

La F. D. N. a procédé, dans son assemblée générale du 21 février, à l'élection du Comité exécutif, lequel a constitué son Bureau ainsi :

Président : M. Blatter.

Vice-présidents : MM. Fontanel, Pont (Lyon).

Secrétaire général : M. Henri Villain.

Secrétaire adjoint : M. Barden.

Trésorier : M. Ferrand.

Nous reparlerons de cette assemblée.

34e ANNÉE. N° 5. 15 MARS 1914 VOL. LI

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT DE LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE PAR LA VACCINOTHÉRAPIE

Par M. le Dr VALADIER.

(Communication à la Société d'Odontologie, 3 février 1914.)

Je me sens très intimidé en prenant aujourd'hui la parole devant vous, sur un sujet à la fois si délicat et si important au point de vue de la profession dentaire, d'autant plus que je me trouve en présence ici de personnalités qui se sont illustrées dans la profession.

Avant de commencer à vous exposer mes expériences et les efforts faits dans le but d'éclaircir certains points de l'histoire de la pyorrhée alvéolaire, je vous demanderai de bien vouloir écouter quelques-unes de mes remarques avec la plus grande indulgence.

La science et l'art dentaires ont fait des progrès remarquables, dus en grande partie à la divergence d'opinions des divers auteurs.

En effet, la dentisterie serait bien loin d'être au point où elle est actuellement si nous étions tous du même avis. Aussi dans les quelques remarques préliminaires que je vais faire, et qui, au premier abord vous paraîtront peut-être desagréables, je vous demanderai de vous souvenir que je me place en ce moment à un point de vue purement scientifique et je serai très heureux d'entendre les objections que vous aurez à faire à mes théories.

D'abord, qu'est-ce que la pyorrhée alvéolaire ? Est-il

possible de trouver deux personnes qui donneront la même définition de cette affection ?

Or, le traitement et la guérison de cette maladie dépendent, pour ainsi dire, directement de la définition que l'on en donne, et si on ne la définit pas bien, je défie quiconque d'arriver à la guérir.

Le nom même de la maladie n'indique qu'un seul de ses symptômes, l'écoulement du pus de l'alvéole, écoulement facilement visible à l'œil nu : alors que environ 75 o/o des individus atteints de cette affection n'ont aucun écoulement purulent, car, au début, il n'y a pas de pus.

C'est le manque de propreté de la bouche qui est la cause de la maladie, et ici, mes paroles vont vous sembler au moins étranges, quand je vous dirai que l'affection n'est pas tant due à la négligence du malade qu'au manque de soins appropriés de la part du dentiste. Je dirai donc des cas de pyorrhée sont amenés par la faute du dentiste. Laissez-moi ici défendre ce que j'avance et qui peut vous sembler criminel au premier abord, mais j'espère qu'après avoir entendu mes explications, vous suivrez mieux mon raisonnement.

Le point de départ de la pyorrhée alvéolaire est dans l'accumulation de calcul d'origine sanguine sous le rebord gingival et au bord libre de la gencive, dépôt absolument imperceptible à l'œil nu, seule la main d'un expert aidée d'une sonde exploratrice peut le déceler. Chacun de vous sait que cette accumulation existe chez 95 o/o des malades qui viennent chaque jour vous consulter. L'enseignement prophylactique actuel nous a montré qu'il fallait nettoyer complètement la bouche avant d'obturer ou de remplacer les dents.

Combien des dentistes ici présents ont nettoyé, comme il faut, complètement les dents d'une bouche à moins d'être spécialisés dans la pyorrhée alvéolaire ? Probablement pas un seul ! Pardonnez-moi si mon accusation semble cruelle, car je vais maintenant tenter de vous défendre ainsi que moi-même d'ailleurs de cet apparent manque d'attention.

Pour nettoyer complètement une dent, il faut au moins

trente minutes, sans aucune exagération, et s'il n'y a que seulement trente dents dans la bouche à soigner, il vous faudra consacrer 15 heures à votre travail, ce qui représentera forcément une note d'honoraires très élevée.

Il vous est facile de deviner ce qui va suivre. Le public ignore ce qu'est cette maladie, quelles peuvent être ses redoutables conséquences, aussi fatalement est-il très mal disposé à payer. Vous aurez rapidement une telle réputation que les malades disparaîtront à jamais.

Maintenant, si, fort de votre conscience honnête, vous allez devant les juges, non seulement vous perdrez le procès mais vous pourrez vous estimer encore heureux si l'on ne vous interne pas dans un asile d'aliénés sans espoir de retour. Aussi quelles sont les conséquences de tout cela. Qu'avez-vous fait, qu'ai-je fait moi aussi ?

Nous avons seulement nettoyé superficiellement les dents, ce qui nous a pris une demi-heure peut-être même une heure, le malade est parti satisfait, et, pendant ce temps-là, la pyorrhée accomplit silencieusement son œuvre. Le dentiste, pour ne pas perdre son client, est obligé de laisser les choses évoluer.

Il est un autre point qu'il est aussi important de noter. Il est bien rare qu'un médecin fasse quelque attention à la pyorrhée, que souvent il ignore presque complètement.

Les traités de médecine n'y consacrent pas une ligne. Pendant toute la durée de leurs études pratiques à l'hôpital, jamais les étudiants n'entendent parler de cette affection, et, leurs occupations les empêchent tout naturellement d'aller dans le service de stomatologie.

Qu'y-a-t'il alors d'étonnant à ce qu'ils n'attirent pas eux-mêmes l'attention des malades sur ces suppurations si anodines du début de la maladie.

Je ne vais pas tenter de définir ici la pyorrhée alvéolaire, je vais simplement la diviser en trois classes bien distinctes.

Dans la première, ce sont les cas qui dérivent d'une gingivite causée par des calculs d'origine sanguine sous le rebord libre de la gencive.

La seconde comprend les cas où la gingivite n'est pas apparente et est due aux dépôts qui se sont faits tout le long de la racine de la dent, causant une péricémentite phagédénique.

Enfin, dans la troisième classe, nous ferons rentrer les cas où nous trouvons une dégénérescence du péricément et une nécrose des parois de l'alvéole et le pus qui s'écoule.

Il est nécessaire de faire cette classification, car le traitement, dans les premiers cas, est purement mécanique et dentaire et l'affection peut être assez facilement guérie, tandis que, dans les deux autres classes, il faut assurer le traitement vaccinal et le traitement dentaire.

Comme les cas de pyorrhée avancés sont ceux que nous avons plus particulièrement à combattre, je ne parlerai donc ici que de leur traitement.

Pour fixer les idées, prenons une bouche où nous trouvons plusieurs dents qui sont allongées, branlantes à l'intérieur de leur alvéole et qui, en outre, ont un écoulement de pus.

De quelle façon allons-nous procéder ? Nous commencerons par nettoyer, et je dis nettoyer complètement d'une façon aussi parfaite que possible, toutes les dents autres que celles qui sont sérieusement infectées. Ce n'est qu'ensuite que nous aborderons celles-ci, en notant ceci, *que la pulpe est pour ainsi dire toujours morte,* tuée par la constriction des vaisseaux qui l'irriguent et que, par conséquent, je recommande de l'extirper dans tous les cas.

Je ne décrirai pas ici comment je nettoie et je gratte ces dents, le temps dont je dispose ne me permet pas d'en expliquer tous les détails. D'ailleurs le Dr Younger notre collègue, qui, à mon avis est l'homme qui connaît le mieux ce traitement, est toujours prêt, j'en suis persuadé, à vous donner ses conseils.

Tout ce que je puis dire, c'est que je suis sa méthode aussi fidèlement qu'il m'est possible.

C'est ici maintenant que je désire vous entretenir du traitement vaccinal grâce auquel le Dr Dominique Bertrand, de

l'Institut Pasteur, et moi avons eu des résultats réellement merveilleux.

Ici se pose la question de savoir quel est le rôle des spirochètes dans la pyorrhée alvéolaire. On peut trouver un spirille semblable à celui de l'angine de Vincent, le *spirochète buccalis,* le *treponema microdentium* et le *treponema macrodentium.* Récemment Noguchi a isolé une autre espèce qu'il appelle le *treponema mucosum* dans un cas de pyorrhée alvéolaire et ce treponeme donne une culture dont l'odeur rappelle la fétidité de certaines pyorrhées. Néanmoins, ses expériences ont montré qu'il n'était pas un agent pyogène et il conclut que ce n'est pas un véritable parasite, qu'il ne peut probablement pas causer l'infection mais, celle-ci une fois établie, il peut s'installer à son tour, et causer la fétidité particulière que l'on retrouve.

Au point de vue vaccinal quelles conclusions allons-nous tirer de la présence de ces divers spirochètes ; est-il nécessaire de les cultiver et d'en faire un vaccin ? Nous ne croyons pas que cela soit nécessaire et voici les raisons qui nous amènent à ces conclusions.

En premier lieu, la culture nous apprend que ces parasites, si toutefois ils sont parasites, sont des anaérobies stricts c'est-à-dire qu'il leur faut vivre, à l'état pur, dans un milieu privé d'oxygène libre.

Or, dans les poches purulentes d'un pyorrhétique, ces conditions ne sont pas complètement réalisées, il n'y a pas d'anaérobiose véritable et ces diverses formes microbiennes ne peuvent y vivre qu'à l'état de symbiose avec des aérobies qui doivent vraisemblablement être les premiers envahisseurs.

Si, au moyen du traitement vaccinal nous arrivons à faire disparaître ces espèces aérobies, les spirochètes privés de leur assistance disparaîtront rapidement.

D'un autre côté, si le pus, ce que nous n'avons jamais vu, ne cessait pas d'exister et si l'on y trouvait les spirochètes à l'état pur, il serait assez facile de s'en débarrasser au moyen d'applications locales d'une solution de

salvarsan ; de nombreux essais faits en particulier dans l'angine de Vincent en montrent l'efficacité.

Quel est l'agent pathogène de cette affection ? Un grand nombre de travaux ont été faits sur cette question. Tous les bactériologistes, en quelque sorte hypnotisés par cette idée que chaque maladie avait son spécifique, ont cherché à isoler une bactérie spéciale à la pyorrhée alvéolaire. Or, il semble que cette voie était fausse et que n'importe quel agent infectieux, particulièrement n'importe quel microbe pyogène peut devenir dans certaines conditions la cause de la pyorrhée alvéolaire.

Si nous examinons le pus tiré des poches infectées, étalé sur des lames et examiné au microscope après les diverses colorations usitées au laboratoire, on s'aperçoit que, pour ainsi dire jamais, l'on ne trouve une seule espèce, fait qui doit attirer l'attention et faire admettre que, dans la majorité des cas, c'est une association microbienne que l'on a à combattre et que presque toujours ce sont des espèces connues sans qu'il y ait à proprement parler un agent absolument spécifique de cette infection.

D'ailleurs, cela n'est point pour nous étonner ; nous n'avons qu'à nous reporter à la pathologie buccale ou nasale en général, pour voir combien d'espèces diverses sont capables d'engendrer les mêmes symptômes.

Les diverses angines, amygdalites ou rhinites peuvent être causées, ces faits sont bien établis, par un grand nombre d'espèces différentes de bactéries, streptocoques, pneumocoques, staphylocoques, pneumobacille de Friedlander, micrococcus catarrhalis, etc... Seules quelques maladies particulières ont leur parasite spécifique, angine diphtérique, angine de Vincent et encore ici s'agit-il déjà d'une symbiose.

Or dans la pyorrhée que trouvons-nous ? Les différents agents de la suppuration, le streptocoque dans tous les cas, puis, associées à lui, les différentes espèces de staphylocoques, le micrococcus catarrhalis, etc...

Sur les préparations, on voit également très fréquemment

diverses espèces de spirochètes qu'il est actuellement possible de cultiver grâce aux nouvelles méthodes de Noguchi.

D'après un certain nombre d'examens faits à divers moments de l'évolution de la maladie, tant chez des malades divers que à plusieurs reprises chez le même malade qui ne suivait aucun traitement, il nous semble que le premier envahisseur, dans presque tous, sinon dans tous les cas, est le streptocoque. Jusqu'à présent dans tous les examens faits nous avons isolé le streptocoque et dans certains cas il était même à l'état pur.

Dans tous les autres cas, il était accompagné d'une espèce microbienne autre, seconde espèce variable d'ailleurs, suivant les cas. Parfois l'hôte secondaire était le staphylocoque blanc, assez rarement, plus souvent l'aureus ou citreus. Le pneumocoque peut être même dans certains cas cause de la pyorrhée ; il est en effet assez difficile dans bien des cas de le différencier du streptocoque. Nous l'avons plusieurs fois isolé en même temps que le streptocoque. Le bacille de Friedlander a également été obtenu à plusieurs reprises. Parmi les envahisseurs secondaires un de ceux qui semblent se présenter le plus fréquemment est le *micrococcus catarrhalis* dont nous avons isolé plusieurs variétés.

Ce n'est donc qu'après un certain temps que les spirochètes et autres bactéries de la bouche pénètrent dans ces cavités infectées, et il est même possible que dans des cas extrêmes ils finissent pas éliminer complètement ceux qui avaient commencé l'attaque. Nous devons dire cependant que, bien qu'il nous soit arrivé de traiter des pyorrhées *anciennes* avec des lésions très avancées, cela ne s'est jamais produit chez nous.

Nous avons donc maintenant nos microorganismes en culture pure, qu'allons-nous faire ?

D'abord nous allons préparer les virus vaccins qui nous serviront à immuniser les organismes contre les microbes.

Jusqu'à présent les essais qui avaient été tentés dans des conditions un peu différentes, avaient été faits avec la

technique de Wright, ici nous avons eu recours aux virus vaccins sensibilisés.

Il nous faut dire ici très rapidement ce que sont ces virus vaccins sensibilisés. On sait que l'introduction d'une substance organique, microbe ou même substance d'origine animale ou végétale, globules sanguins, albumine d'œuf, etc... dans un organisme vivant amène une réaction dans cet organisme, donnant naissance à des substances antagonistes de celles que l'on a injectées. On donne à la substance injectée le nom d'antigène et à celle destinée à lutter contre elle le nom d'anticorps. Ces anticorps sont absolument spécifiques et ne sont antagonistes que pour la substance qui leur a donné naissance.

C'est ainsi d'ailleurs que peut s'expliquer l'immunité que l'on acquiert contre une maladie qui ne se renouvelle en général pas, typhoïde, scarlatine, etc... C'est sur ces principes que sont basées les vaccinations préventives.

L'anticorps développé est capable de se fixer sur son antigène non seulement dans l'organisme, mais encore in vitro. Cet anticorps porte des noms différents suivant l'antigène qui lui a donné naissance. On l'appelle souvent sensibilisatrice, parce qu'il sensibilise son antigène en le fixant sur lui et permet aux leucocytes de le digérer plus facilement si c'est une bactérie qui a servi d'antigène. C'est une expérience fondamentale de Ehrlich et Morgenroth qui a établi définitivement cette fixation extrêmement stable.

Voici donc la façon dont il faut procéder. Avec les différentes bactéries que l'on obtient il faut inoculer différents animaux, de préférence des lapins, chaque animal ou chaque groupe d'animaux recevant une espèce microbienne particulière. Ces injections sont répétées à plusieurs reprises de façon que le sang de ces animaux contienne de la sensibilisatrice, contre l'espèce qui a été injectée. A ce moment, on saigne l'animal, on recueille le sérum qui est chauffé pendant vingt minutes à 56° pour détruire une substance qui, dans ce cas, serait *nuisible* et que l'on appelle le *complément*. Ce sérum ainsi préparé va servir à faire notre virus vaccin.

On prend une culture jeune, de vingt-quatre heures environ, si c'est un microbe qui pousse assez vite, la culture est raclée avec un peu d'eau physiologique et on la met alors en contact avec un sérum préparé contre cette espèce. On laisse le contact se faire pendant dix-huit à vingt-quatre heures à la température de la chambre. A ce moment, toute la sensibilisatrice qui pouvait se fixer est fixée ; il faut enlever l'excès de sérum. Pour cela, on lave à plusieurs reprises avec l'eau physiologique et l'on centrifuge. Il est inutile de dire que toutes ces manipulations doivent être faites avec la plus rigoureuse asepsie afin de ne pas introduire d'espèces étrangères dans le vaccin ainsi préparé. A ce moment, il n'y a plus qu'à ajouter de l'eau physiologique pour faire des dilutions qui permettront d'injecter les doses de microbes que l'on voudra. (Ces injections sont en général intrafessières.) Cette méthode des virus vaccins sensibilisés donne les meilleurs résultats ainsi que des expériences sur les animaux d'abord avec des vaccins antityphique et anticholérique, puis sur l'homme, l'ont démontré.

Evidemment la technique est plus longue, beaucoup plus délicate que pour la préparation des autres vaccins, mais les résultats étant meilleurs, il n'y a pas à hésiter.

Comment procédons-nous pour ce traitement ? D'abord, aussitôt que le vaccin est préparé, des doses considérables sont injectées aux malades. Nous débutons par 3 ou 400 millions pour les streptocoques, 7 à 800 millions pour les staphylocoques, environ 500 millions pour le *micrococcus catarrhalis,* et 400 millions pour le bacille de Friedlander. Nous sommes loin des doses de 5 à 20 millions que l'on injecte avec la technique de Wright. Très rapidement il y a formation d'anticorps, la purulence diminue. Ce n'est que lorsque l'organisme est ainsi immunisé après trois ou parfois quatre injections, alors que au cours du travail mécanique on ne court plus le risque d'infecter les tissus sains, c'est alors qu'il faut intervenir d'un point de vue purement dentaire, nettoyer les dents malades, détruire les tissus sphacélés, permettre à du tissu sain de proliférer. Pendant ce

temps, on continue les injections à des intervalles croissants pouvant aller jusqu'à une semaine vers la fin du traitement, qui est achevé après huit ou neuf injections. A ce moment, il n'y a plus de pus, les dents sont solides dans leurs alvéoles, les gencives sont saines, l'apparence n'est plus la même, l'odeur fétide a complètement disparu ainsi que ce goût particulier dont se plaignent les malades atteints de cette affection.

Vous voyez que ce traitement n'a rien de révolutionnaire; il réunit seulement avec des variantes importantes, sans doute, ce qui avait été fait isolément, jusqu'à présent.

Les résultats réellement intéressants que nous avons eus jusqu'ici nous ont encouragé à continuer et nous avons voulu les exposer devant vous, en nous mettant à votre disposition pour vous donner tous les détails qui vous seront nécessaires, vous pouvez venir voir faire le prélèvement du pus, faire les injections et suivre par conséquent l'évolution de la maladie jusqu'à la guérison.

CLINIQUES MÉDICALES ET DENTAIRES A L'USAGE DES ENFANTS DES ÉCOLES PRIMAIRES DE MONTLUÇON[1]

Par M. Brodhurst, de Montluçon.

Il y a plusieurs années déjà, M. Constans, ancien député, maire de Montluçon, créait un bureau d'hygiène et s'efforçait de faire donner à la population ouvrière de notre ville tous les soins hygiéniques et prophylactiques nécessaires à une population nombreuse ; c'est ainsi que grâce au concours qui lui fut prêté par M. le Dr Bussière, directeur du service sanitaire, de grandes améliorations furent créées dans les services de la voirie et des habitations. Des crèches, des écoles maternelles des bains-douches furent installés. En médecine générale, les soins médicaux restaient assurés par les services de l'hôpital, de l'assistance médicale et des dispensaires des usines.

Au point de vue hygiène et mesures préventives, une mesure restait encore à prendre ; elle ne pouvait échapper à la clairvoyance de M. Constans : l'inspection médicale des écoles et les soins à donner aux enfants atteints de maladies peu graves, mais qui, en s'accentuant avec l'âge, pouvaient dégénérer en infirmités, mettant les individus qui en étaient atteints en état d'infériorité au point de vue social.

C'est ainsi que M. le Dr Bussière fut appelé à faire l'inspection médicale dans toutes les écoles primaires de Montluçon, aussi bien que dans les écoles libres.

Comme suite à cette inspection, une note était remise aux parents de l'élève, relatant l'état de santé de chaque enfant et indiquant si l'enfant devait être traité par un médecin spécialiste. Nombreux étaient les parents, les uns par insouciance, les autres par difficulté budgétaire, qui ne tenaient aucun compte de l'avis du médecin-inspecteur. C'est alors que M. le maire de Montluçon, désirant combler

---

1. Ce rapport a été lu au Conseil municipal de Montluçon.

cette lacune, créa des services médicaux pour la gorge, les yeux, les oreilles, les maladies de la bouche et des dents, où des soins gratuits seraient donnés aux enfants des écoles par des spécialistes de la ville, en attendant qu'un bâtiment fût édifié où une salle spéciale pour chaque genre d'opérations et munie de tous les appareils nécessaires serait affectée à chaque praticien.

Les soins médicaux sont donc ainsi assurés momentanément aux enfants. Après l'inspection générale par le médecin-inspecteur du bureau d'hygiène dans chaque école de la ville, une note est envoyée aux parents de l'élève et ceux-ci n'ont plus qu'à se rendre au domicile respectif du médecin spécialiste qui leur est indiqué, pour que l'enfant reçoive les soins gratuits inhérents à son état, le médecin touchant une allocation consentie par le Conseil municipal.

Si toutefois les services d'oculistique, de rhinologie pouvaient être assurés par un seul médecin, il n'en était pas de même pour le service dentaire, qui comportait, en outre de l'inspection de la bouche et des dents, tous les soins à donner à environ cinq mille enfants, et je fus d'avis qu'un seul dentiste ayant déjà une clientèle personnelle ne pouvait assumer une tâche aussi lourde ; M. le maire, prenant en considération mon avis personnel, créa au mois de janvier dernier un service dentaire dont le fonctionnement devait être assuré par MM. le Dr Muret et Brodhurst, les enfants se rendant, après inspection et sur une note du Dr Bussière, au domicile des praticiens en attendant que des salles de clinique soient édifiées.

Pour le premier semestre, plus de deux cents enfants se sont présentés à mon cabinet, tous atteints de carie dentaire, enfants âgés de 6 à 11 ans, auxquels j'ai fait exactement 493 opérations, sans compter les nombreuses racines de dents temporaires intercalées entre les dents permanentes, que j'ai eu à enlever.

Ces opérations se divisent ainsi :

204 extractions de dents temporaires trop fortement cariées ou gênant la poussée des dents permanentes.

14 obturations de dents temporaires.

29 extractions de dents permanentes, trop fortement cariées et abcédées déterminant fluxions et troubles locaux.

208 obturations de la molaire de 6 ans.

13 obturations de la molaire de 12 ans.

9 obturations des prémolaires.

16 obturationsdes iiuc sives.

D'après les différents examens qui ont été faits de l'état de la bouche des enfants, il est à remarquer que les molaires de six ans et plus spécialement celles du bas sont atteintes de caries ; il est vrai que l'étude comparative des molaires de douze ans aux deux maxillaires ne pourrait être faite qu'après une nouvelle inspection dentaire portant sur des jeunes gens âgés de vingt ans, inspection qui pourrait et devrait être faite par les soins du service de santé militaire.

Il est assez difficile, étant donné le laps de temps plutôt court qui s'est écoulé depuis que ce service fonctionne, de se faire une idée exacte des nombreux avantages qu'il peut rendre : mais il est à remarquer que, dans le premier mois du fonctionnement de ce service, peu d'enfants se sont présentés à mon cabinet, et qu'à la fin de l'année scolaire, cinq mois après, tous les jours apportaient leur contingent de soins à donner, les enfants ne manquant plus à leurs rendez-vous. De ce fait on peut déduire que plus nombreux seront, cette année scolaire, les enfants qui se présenteront à la consultation du dentiste, surtout lorsque le praticien sera parvenu à vaincre la pusillanimité des enfants trop souvent soutenue par des parents qui ne se font pas une idée exacte des services importants que nous rendons à leurs enfants, et des douleurs qu'ils leur éviteront en les faisant soigner en temps voulu. Il est donc nécessaire, dans l'intérêt aussi bien particulier que général, de vaincre par tous les moyens possibles cette crainte du dentiste et de démontrer l'utilité des soins dentaires, par des conférences, par les conseils des instituteurs secondés par la fermeté des parents, qui auront bien vite raison de cette appréhension, surtout si l'enfant prend l'habitude de se faire examiner et

soigner les dents étant jeune. Si nous nous reportons au rapport du Dr Jessen, directeur de la clinique dentaire de Strasbourg, qui fut la première institution municipale de ce genre, nous nous rendons compte que les résultats sont à peu près identiques puisque la première année à la clinique dentaire scolaire de Strasbourg il avait été soigné 2.000 enfants environ contre 8.500 enfants la dixième année sur plus de 21.000 enfants que comptent les écoles. Il existe actuellement environ deux cents cliniques dentaires scolaires en Allemagne ayant un budget spécial. La clinique dentaire scolaire de Strasbourg, à elle seule, accuse une dépense de 26.800 marks. Montluçon est la première ville de France qui, grâce à M. Constans, maire, et à son conseil municipal, possède une clinique dentaire scolaire ; en suivant ainsi l'exemple qui nous est donné par de nombreuses villes étrangères, nous acquérons un droit de reconnaissance pour la large part de bien-être social que nous apportons à la population.

TECHNIQUE

L'ENTRETIEN DU VULCANISATEUR

A L'EXTÉRIEUR, la surface du vulcanisateur est exposée dans la partie inférieure de sa chaudière à *l'action de la flamme* du brûleur. Il se produit une oxydation superficielle, le cuivre passe à l'état d'oxydule rouge Cu^2 O. Des produits sulfurés noirs se forment aussi parfois, si le gaz n'est pas suffisamment purifié à son arrivée au robinet du laboratoire et si le brûleur fonctionne mal. Les altérations sont assez importantes, mais le peu de perméabilité des oxydes formés empêche l'oxydation de gagner en profondeur et préserve de toute attaque ultérieure. Il n'y a qu'à se garder d'un nettoyage intempestif.

Action de l'air humide et du Co^2. — Lorsque le vulcanisateur est abandonné à lui-même après usage, les parties en acier (dôme, bride, volant de serrage) se rouillent promptement sous l'influence de l'anhydride carbonique de l'air, qui donne un carbonate ferreux facilement transformable en hydrate ferrique par l'humidité. Comme on ne peut songer à mettre l'appareil dans une atmosphère dépourvue d'humidité et de Co^2, certains prothésistes ont tourné la difficulté en badigeonnant d'huiles variées à froid ou à chaud la partie supérieure du vulcanisateur. Cette pratique n'est pas des meilleures et voici pourquoi.

Action des acides gras. — Les huiles sont des mélanges d'éthers gras de la glycérine et d'acides gras, dont la teneur en acides gras est variable. Sous l'influence de l'élévation de température cette teneur s'accroît par saponification partielle de l'éther gras. Ces acides gras attaquent certains métaux usuels, en particulier le cuivre, pour donner des sels (oléates, palmitates, etc.) de cuivre solubles dans l'huile en excès. C'est là l'origine des colorations bleu-verdâtres, qui se produisent au contact des pièces de laiton après un copieux badigeonnage d'huile. Les sels de fer ne se forment pas directement, mais les sels de cuivre formés précédemment peuvent être déplacés par le fer en donnant des oléates, palmitates, stéarates de fer qui ont une coloration brunâtre. Et plus les acides gras ont une teneur élevée en carbone, plus leur affinité salifiante diminue. Ces altérations sont évidemment très légères, mais répétées elles donnent au vulcanisateur un aspect désagréable et un contact salissant.

Une meilleure solution consiste dans l'emploi à chaud d'une cire

telle que la cire d'abeilles ou la cire de Carnauba, qui renferment peu d'acides gras libres et dont les constituants ont un chiffre élevé de carbone[1]. Il suffit d'une faible quantité, écartée à l'aide d'un chiffon, pour empêcher toute altération et donner après un certain temps une véritable patine, qui conserve au vulcanisateur sa propreté. Ce badigeonnage doit porter sur les parties en acier seulement, évitant tout contact avec les pièces de laiton, qu'on nettoiera par une des nombreuses pâtes du commerce.

Un autre moyen consiste à employer des paraffines, formées surtout d'hydrocarbures ; mais la cire de Carnauba conserve l'avantage d'un point de fusion élevé (près de 100°) et de donner au refroidissement un véritable vernis.

Les altérations se produisant A L'INTÉRIEUR du vulcanisateur sont beaucoup plus actives. Nous avons à envisager comme facteurs de ces altérations :

1° L'eau et les sels dissous ;
2° Les phénomènes thermo-électriques ;
3° Les produits de vulcanisation ;
4° Les acides gras provenant du moufle.

L'eau et les sels dissous. — Il n'y a pas de laboratoire où la personne chargée du vulcanisateur ne se soit confectionné une jauge qui lui permette d'apprécier la quantité exacte d'eau à introduire dans la chaudière. Cette quantité varie avec l'expérience personnelle de chacun, mais elle est toutefois assez faible pour que son niveau n'atteigne pas la séparation des deux parties du moufle le plus inférieur. Cette habitude s'explique très bien par les effets que peuvent avoir les sels dissous dans l'eau sur les parois de la chaudière et surtout sur les moufles de fonte, qui sont moins résistants. Ce que nous appelons couramment la crasse n'est qu'un mélange des corps gras provenant du moufle avec tous ces produits d'attaque.

Les sulfates alcalins (sulfate de potasse employé pour durcir le plâtre) attaquent le fer, même à froid.

Le sulfate de calcium (plâtre du moufle) forme des dépôts séléniteux incrustant les parois et gênant le chauffage régulier de la chaudière.

Le chloruré de magnésium à partir de 106° agit comme si l'on était en présence de Mgo + 2 H cl (en petites quantités dans le sel de cuisine employé pour durcir le plâtre, et dans les produits de réactions secondaires sur les impuretés de celui-là).

Pour compenser ces effets on a pris l'habitude d'ajouter comme désincrustants des alcalins, tel le carbonate de soude. (L'action n'en

1. Les cires à modeler ne conviennent pas, parce qu'elles renferment de l'acide stéarique en plus ou moins grande quantité.

est pas mauvaise, mais il faut éviter tout excès) ; la chaux Ca $(oH)^2$ à la dose de 0 gr. 28 par litre d'eau.

Enfin, chose souvent négligée, il est nécessaire de vider la chaudière après chaque cuisson pour éviter dépôts et réactions secondaires.

Les phénomènes thermo-électriques. — Lorsque le vulcanisateur est en marche il se produit un courant thermo-électrique entre les parties en acier plus froides et la chaudière de cuivre, la bride de serrage assurant le contact. Les variations de pression n'ont aucune influence sur son intensité. Il augmente rapidement au début pour atteindre 6,7 milliampères quelques instants avant que la pression soit de 7 kilogs par centimètre carré. A partir de ce moment l'appareil étant échauffé le courant diminue régulièrement pour descendre aux environs de 0,4 milliampère à la fin du temps de chauffe. Puis après enlèvement du brûleur il tombe assez rapidement à 0°.

L'existence de ce courant permet de penser qu'il se produit une action électrolytique au niveau des parties d'acier et de fonte favorisant leur altération. Elle montre aussi l'influence des chauffages et refroidissements successifs. Pour en neutraliser les effets sur les moufles, il suffit de les isoler du fond de la chaudière à l'aide de morceaux de poterie ; précaution déjà prise par les prothésistes pour éviter toute surchauffe pendant la vulcanisation. Ce courant est de marche trop irrégulière, par suite des refroidissements plus ou moins brusques qui se produisent dans l'atmosphère du laboratoire, pour qu'on songe à utiliser le couple formé comme pyromètre.

De semblables courants se formaient autrefois au contact des soudures de la chaudière et c'est à l'usure produite à ce niveau que l'on doit aujourd'hui d'employer les chaudières embouties d'une seule pièce.

Les produits de la vulcanisation consistent surtout en substances sulfureuses, dont l'acide sulfhydrique. La couche noire de sulfure de cuivre qui se forme sur la chaudière leur est due. Cette couche tombe par plaques à la longue et se forme très lentement. Il est inutile de l'enlever, puisqu'elle est insoluble et qu'elle protège le reste de la chaudière.

Pour les acides gras provenant des moufles, même chose que précédemment au sujet du graissage extérieur. On est toujours tenté de mettre des flots d'huile et c'est un tort, les moufles ne doivent jamais être huilés. La séparation des couches de plâtre à l'intérieur du moufle s'obtient tout aussi bien à l'aide d'un vernis ou de tout autre enduit approprié et le vulcanisateur s'en trouve mieux. Enfin la crasse qui se forme est moins adhérente aux doigts,

ce qui n'est pas sans importance si le chirurgien-dentiste fait lui-même sa prothèse.

La BAGUE DE PLOMB peut durer très longtemps à condition de la nettoyer à l'aide d'une patte de lièvre ou d'un blaireau avant chaque emploi. Pour repérer sa situation et la placer toujours au même endroit, des encoches sont utiles sur le dôme et la chaudière. Il n'est pas nécessaire de l'écraser au serrage, un simple contact avec les rainures opposées suffit, puisqu'il faut compter sur la dilatation du métal pour assurer l'étanchéité du joint. Lorsque la bague vient à être défectueuse et que son remplacement s'impose, rien n'est plus facile que d'en couler une nouvelle dans la logette de l'ancienne. L'excès est enlevé à l'aide d'une vieille lime et un fort serrage, cette fois à chaud, donne à la bague sa forme.

Les JOINTS HYDRAULIQUES. — Dans beaucoup de vulcanisateurs le manomètre et le robinet de vidange sont maintenus à la chaudière par des écrous et ces écrous sont recouverts d'une pâte de composition variable faisant joint. Petit à petit cette pâte se désagrège et il devient nécessaire de la remplacer.

En voici une à base d'huile de lin (2 parties) et de litharge (2 parties) à laquelle on incorpore un mélange de limaille de fer très fine (50) et de chlorure d'ammonium pulvérisé (1) (2 parties). On gâche le tout ensemble et on l'utilise immédiatement. Après un jour ou deux l'huile siccative se dessèche et, l'on a une matière très résistante. Au préalable enduire d'huile de lin les parties à réunir.

Le *manomètre* n'exige aucun soin particulier de notre part et, s'il lui arrive quelque accident, le mieux est de le mettre dans les mains d'un spécialiste.

Pour le *thermomètre*, au contraire, d'infinies précautions. Il est indispensable de l'essuyer soigneusement lorsqu'il est encore chaud après chaque vulcanisation sous peine de fractures et de le ranger promptement dans son étui. Pour la même raison il est nécessaire de lui éviter tout changement brusque de température. La partie inférieure doit plonger dans un bain de vaseline ou de paraffine lorsque l'appareil est en marche.

CH. BENNEJEANT.

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

LE PLUVOYANT

Par M. Léger-Dorez.

(Communication à la Société d'Odontologie, 6 janvier 1914.)

En laryngologie, en obstétrique, de nombreux instruments ont été imaginés par tous les maîtres de la médecine afin d'élargir le champ visuel et permettre les opérations minutieuses au fond des cavités obscures.

En chirurgie dentaire, nous sommes encore bien en retard. Malgré les progrès de l'électricité, peu de chirurgiens-dentistes sont équipés de manière à rendre lumineuse la cavité buccale et beaucoup sont encore à la lampe Telchow.

Peu de modifications ont été apportées à nos miroirs à bouche, et il manquait vraiment à l'opérateur consciencieux un moyen rationnel de pousser une investigation sérieuse au fond d'une cavité un peu profonde et mal orientée.

Poursuivant depuis de nombreuses années l'amélioration de nos moyens de « voir clair », j'ai pu, après de nombreux essais, arriver à construire un petit instrument que j'ai baptisé, pour mieux faciliter sa désignation « Le Pluvoyant ».

Ce petit appareil l'est vraiment *plus voyant,* ou il permet de l'être. Il rend aussi prévoyant, car il permettra à celui qui aura appris à s'en servir de prévoir ce que, sans lui, il n'aurait peut-être pas vu.

Ce petit appareil consiste en un corps de loupe muni d'une lentille en cristal pur, grossissant quatre fois. Cette loupe, montée sur une série d'articulations lui permettant de se mouvoir en tous les sens, peut être, par des mâchoires armées de vis de serrage, fixée dans toutes les positions. Elle peut, en outre, par une vis sans fin, être mise au point, absolument comme une jumelle de théâtre.

Cet appareil est rattaché à un collier de serrage qui permet son placement d'ensemble sur le manche des miroirs à bouche.

L'appareil une fois monté, si l'on interpose la dent à traiter entre le miroir et la loupe, il suffit de mettre au point pour apercevoir dans le miroir l'image de l'organe à soigner grossi quatre fois.

Il devient aisé de reconnaître les taches septiques, de prendre



l'orientation et le nombre des canaux, d'ordonnancer la coupe des angles afin de rendre meilleure l'apposition et d'assurer la justesse des blocs d'or, de recouvrir avec précision des pulpes exposées, etc... Bref, on voit ce que l'on fait, on voit clair là où régnait auparavant l'obscurité.

L'emploi du « Pluvoyant » laissant une main libre permet de « travailler sous la lampe », chose qu'il était à peu près impossible de faire auparavant.

Comme je l'ai dit, les mêmes mouvements permettant la mise au point peuvent être employés à l'éloignement de la loupe afin d'utiliser seulement les miroirs, et vice versa.

L'appareil peut être construit en argent, aluminium, cuivre. Nous donnerions la préférence au cuivre nickelé, question de solidité, mais l'argent ou l'aluminium peuvent être utilement employés.

Quoique de création récente, nous avons néanmoins retiré la plus vive satisfaction de l'emploi journalier de ce petit appareil, qui n'est que la consécration de l'idée que nous avons souvent émise, savoir : qu'il est impossible de se rendre compte de la qualité de nos travaux s'ils n'ont été exécutés et vérifiés à la loupe.

REVUE DES REVUES

UN DENTOGÈNE SCIENTIFIQUE

Par P. CARLES, de Bordeaux,
Correspondant de l'Académie de médecine.

Pour que les dents se forment chez l'homme comme chez les autres mammifères, à l'époque de la première et de la deuxième dentition, il est indispensable évidemment que tous les éléments minéraux, et peut-être même une part des organiques dont elles sont formées, préexistent dans les aliments. Il faut en plus que ces éléments aient été rendus assimilables dans le tube digestif, afin que les humeurs puissent les véhiculer jusqu'à la matrice de la dent.

Comme les dents sont constituées aux deux tiers environ par des substances minérales dont le phosphate de chaux constitue la partie prépondérante, c'est généralement ce dernier que les dentistes prescrivent dans les défauts de nutrition du système dentaire. Nous craignons qu'en le conseillant ils ne songent pas assez aux différences d'assimilabilité de ce phosphate selon son genre de préparation, son origine, sa constitution moléculaire organique ou minérale ; ni aux impuretés qui accompagnent bien souvent le phosphate du commerce [1]. Ce détail mériterait cependant d'être pris en considération, car il peut constituer une cause d'inassimilabilité générale, ainsi qu'on le verra plus loin (expériences de Raulin).

Mais en admettant que sur tous ces points ce phosphate soit irréprochable, il n'en est pas moins vrai qu'il serait incapable à lui seul de faire des dents, puisqu'il se trouve en outre et invariablement dans ces organes de nombreuses espèces minérales différentes connues et probablement d'autres qui sont encore inconnues.

Dans cet ensemble, le phosphate de chaux n'est donc qu'une dominante ; et, par cela seul que ses proportions et même son assimilabilité dans l'alimentation seraient assurées, il ne s'ensuit pas que le recrutement des autres éléments le soit aussi. Sans doute, à cause de leur qualité plus faible et même quelquefois infime, on a pris l'habitude de les considérer comme accessoires ; mais c'est là une faute, ainsi que les faits suivants vont l'établir.

---

1. Il contiendrait parfois jusqu'à 0,66 p. 100 de plomb, ce qui rendrait dangereuse l'administration prolongée de ce sel. (A. GUBLER, *Commentaires du Codex*, p. 685.)

Raulin, de l'école Pasteur, a démontré le premier, avec toute la rigueur scientifique désirable, que, dans un aliment complet, les éléments constituants ont tous une valeur égale, indépendante de leur proportionnalité. Ceci veut dire que non seulement les espèces chimiques en minorité numérique ont autant d'influence que les autres, si ce n'est même davantage, sur la croissance normale du sujet. Tel est le cas du zinc, qui, à l'état de traces dans un aliment élémentaire complet, *décuple* une récolte ordinaire d'aspergillus. Tel est, dans le sens opposé, le rôle de la présence de traces d'argent bien moindres encore, qui s'opposent *absolument* à l'assimilabilité de l'*ensemble des autres éléments* constituants [1].

Dans un même ordre d'idées, voici un autre fait cité par Pasteur lui-même [2].

Quand on veut nourrir de jeunes levures, le meilleur aliment minéral à leur fournir est représenté par les cendres de levures vieilles; mais à la condition absolue que ces cendres aient été simplement brûlées et non pas frittées. Si, en effet, elles ont été simplement chauffées au rouge jusqu'à fusion, elles deviennent aussitôt un mauvais aliment. Cette différence tient uniquement à ce qu'elles perdent une faible partie de leurs alcalis, sous l'influence de l'intensité du feu. L'aliment, *complet avant la fusion*, est au contraire devenu *incomplet à la suite* de cette fusion.

Cette direction d'idées a, plus récemment encore, été corroborée par Sachs, A. Gautier, Baumann, Robin, Bertrand. Ces savants ont démontré que les animaux supérieurs comme les inférieurs, et comme aussi les végétaux, ont besoin de traces de substances à actions physiologiques intenses — arsenic, iode, bore, manganèse, — mais mitigées par la forme organique que la nature sait leur donner et dont la science essaye de les revêtir depuis peu.

Bertrand a écrit naguère [3] : « Tous les éléments constitutifs de la matière vivante sont nécessaires ; tous concourent à la formation des liquides et des tissus dont l'individu se compose. L'insuffisance d'un seul de ces éléments peut entraîner la diminution de tous les autres et provoquer par suite un arrêt général de la croissance. Le principe de la synergie des éléments prend donc une grande importance au point de vue du choix de certaines médications, etc. »

Tous ces faits peuvent se résumer ainsi :

Dans l'alimentation, c'est l'assimilation des petits qui entraîne l'assimilation corrélative des grands et non l'inverse ; ou encore :

1. Duclaux, *Chimie biologique*, 1883, p. 206 ou encore *Traité de microbiologique*, 1898, t. I, p. 181.
2. Duclaux, *Chimie physiologique*, 1883, p. 327.
3. *Bull. Société chimique*, 20 mai 1912, p. 497.

En biologie, la valeur d'un corps ne se mesure pas à son taux ! (Quinton).

C'est ce qu'on a appelé la loi du minimum.

Avant que la science eût mis ces idées en relief, la pratique les avait déjà sanctionnées à la suite de simples observations. C'est ainsi que depuis déjà longtemps, les éleveurs alimentent de façon différente leurs animaux selon qu'ils veulent les mettre en chair ou en graisse.

Les cultivateurs modernes ont constaté que les engrais chimiques divers ne conviennent pas à toutes les cultures et que pour un même terrain et un même végétal il y a des espèces chimiques qui poussent à la seule végétation et d'autres à la fructification.

Enfin, à notre instigation, quelques bouilleurs de cru ont remarqué que si, après avoir enlevé à la vendange l'alcool et même l'acide tartrique seuls, on reportait le reste à la vigne, celle-ci n'aurait jamais besoin d'engrais.

C'est sous l'empire de tout ce qui précède que nous avons projeté de constituer un aliment spécial pour le système dentaire. Pour les raisons scientifiques largement développées ci-dessus, cet aliment doit contenir, *sans aucune exception*, tous les éléments constituants, *connus et inconnus* des dents, et dans les proportions grandes ou infimes établies par la seule nature.

Pour y arriver, il faudra donc s'adresser aux dents elles-mêmes comme matière première et choisir celles de l'animal qui, au point de vue omnivore, se rapproche le plus de l'homme. C'est pourquoi nous avons pris celles du porc. C'était jusqu'à présent le seul organe de cet animal que l'on n'eût pas utilisé.

Quand l'animal est dépecé, il est aisé, en faisant bouillir ses maxillaires dans l'eau, d'en extraire les dents et de les priver ainsi du sable et autres impuretés qu'elles recèlent toujours. Cette ébullition, au surplus, les stérilise déjà une première fois.

Pour ne rien perdre des éléments constituants, il semble alors qu'il n'y a plus qu'à les dessécher et à les réduire en poudre impalpable d'ingestion facile dans de la confiture, du miel ou autrement. Mais ces grains, malgré leur infime ténuité, sont d'une telle dureté ; leurs aspérités, quoique microscopiques, sont si acérées qu'elles irritent fortement la gorge et même la muqueuse gastro-intestinale. D'ailleurs leur texture pseudocornée et leur extrême imperméabilité les rend réfractaires à l'action des humeurs gastriques.

En présence de tels résultats, nous avons eu l'idée de soumettre les dents concassées à l'action de l'eau surchauffée en les maintenant à l'autoclave pendant un temps suffisamment prolongé. Dans ces conditions, non seulement les germes et les spores les plus résistants sont absolument détruits, mais l'osséine est

solubilisée et il devient alors possible d'écraser les grains primitifs entre les doigts. Cependant l'extrême division se fait mieux encore par l'intermède du sucre ; de telle sorte que, si l'on mélange intimement neuf parties de sucre avec une partie de dents pesées au début, leur désagrégation devient complète. Il n'y a plus qu'à dessécher pour obtenir un *saccharolé au dixième* de dents naturelles dans leur intégralité. Ce saccharolé peut être aisément granulé selon le goût moderne.

Ce saccharolé se désagrège presque à la minute dans l'eau, même froide, et peut être facilement ingéré.

L'expérience nous a appris qu'il se conserve indéfiniment.

Comme rien n'a été éliminé des dents entières stérilisées, du début, on est certain que ce saccharolé apporte avec lui l'universalité des éléments connus et inconnus nécessaires à la constitution des dents. La certitude sera confirmée par cette circonstance favorable que ces éléments auront, en général, la forme chimique qu'ils avaient dans l'animal lui-même.

Les combinaisons fluorurées utiles à la constitution des dents sont plus facilement absorbées quand elles sont unies à des albuminoïdes [1].

L'identité de ce dentogène peut être facilement vérifiée. Voici comment : Dans un verre, mettons 10 grammes environ de ce saccharolé et versons par-dessus 50 grammes environ d'eau ordinaire ; agitons. Le sucre se dissout immédiatement et le liquide apparaît peu après sous l'aspect d'une bouillie laiteuse ; après un quart d'heure de repos, on obtient un liquide limpide dans lequel s'est formé un abondant dépôt.

Dans le liquide se trouve, en dehors du sucre, une albuminoïde précipitable par l'acide picrique, le tannin, le réactif de Tanret. Elle se caractérise comme gélatinoïde, par son incoagulabilité à l'ébullition, ainsi que par le ferrocyanure acétique, le nitrate d'argent, etc.

Dans le dépôt, il est facile de constater la présence des carbonates, des phosphates, des fluorures [2] du calcium, du magnésium et du fer...

---

1. *Journ. pharm. et chim.*, 16 septembre 1910, p. 270.

2. L'expérience nous a démontré que le fluorure de calcium est très abondant dans toutes les parties de l'ivoire de l'éléphant et de l'hippopotame. A notre avis, c'est surtout à ce fluorure que ces dents doivent la finesse si remarquable de leur grain, leur dureté, leur ténacité.

Dans les dents de porc, on retrouve une part de cette répartition générale et régulière des fluorures dans certaines grosses molaires parfois bien larges chez les individus de grande espèce ; mais on ne la retrouve plus dans les canines et les incisives. Ici, le fluorure paraît se concentrer dans les parties superficielles tranchantes ou piquantes. On s'en aperçoit vite en desséchant les dents

Tout se dissout à la minute dans quelques gouttes d'acide chlorhydrique. Avec l'acide acétique, la solubilité est ralentie ; une sélection s'opère, et il ne reste bientôt qu'un minime dépôt qui a néanmoins son importance. Il caractérise, en effet, le tissu dentaire ou plutôt l'enveloppe de l'émail fluoruré, reconnaissable au microscope en ce qu'elle affecte l'aspect de plaques constituées par des prismes verticaux accolés parallèlement. Ce dispositif leur donne le facies d'un carré de toiture de maison. La nature a disposé les prismes verticalement pour augmenter leur force et retarder leur usure.

Un pareil mélange naturel nous paraît mériter le nom de *dentogène scientifique.*

Durant la première dentition, la dose de 1 gramme matin et soir doit suffire ; mais dans la deuxième dentition, 4 grammes par jour pourraient devenir nécessaires, si la poussée dentaire sortait de l'ordinaire. En tout cas, il est certain qu'un excès de cet aliment-médicament ne saurait être nuisible.

Selon l'âge de l'enfant, on le donnera dans un peu de confiture, ou de soupe ; ou mieux encore délayé dans l'eau, le lait, le bouillon, l'eau vineuse.

La nature du médicament exige qu'il soit pris au moment de la grande sécrétion gastrique, c'est-à-dire au cours des repas principaux.

Nous estimons que le pharmacien qui mettra ce *dentogène scientifique* à la disposition de la médecine infantile rendra un vrai service public. On n'oubliera pas que les combinaisons phosphorées et fluorurées s'y trouvent à la fois sous forme minérale et sous forme organique. La nature l'a voulu ainsi.

(*La Province médicale.*)

à une étuve fortement chauffée. Comme le coefficient de dilatation est différent dans les diverses couches, elles se séparent spontanément à un moment donné. La partie superficielle, celle qui correspond à l'émail, est beaucoup plus fluorurée que l'autre.

Quoique les défenses du porc soient creuses, elles offrent leur maximum de dureté vers la pointe ; c'est là aussi que s'accumule l'émail très fluoruré. Dans les défenses si redoutables du sanglier il doit exister un dispositif analogue.

Dans les dents humaines, on constate parallèlement que le même fluorure se porte principalement dans les parties directement agissantes. Le but de la nature est ici de leur donner plus de puissance et de dureté au point de vue de la déchirure de l'aliment, de sa mastication et aussi pour ménager l'usure de la dent. Enfin le vernis fluoruré ou émail soustrait le corps de la dent à toute intrusion microbienne.

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

L'hyperémie en dentisterie. — Le moyen le plus ancien et le plus commode de produire l'hyperémie obstructive est le bandage élastique. On emploie généralement le caoutchouc mou, mais l'élastique de jarretière est préférable ; il doit avoir 25 mm. de large et 45 cent. de long, avec un crochet à une extrémité et des œillets à l'autre.

On place le bandage autour du cou au-dessous du larynx pour produire l'hyperémie passive des veines superficielles de la tête, c'est-à-dire un état dans lequel une partie du corps a son réseau vasculaire encore plein en raison de la diminution du torrent veineux. Il doit être ajusté comme un collier légèrement serré pour n'obstruer les veines que superficiellement et il ne doit pas y avoir augmentation de douleur. On peut intensifier son action en mettant sur la veine jugulaire un tampon de drap mou. Peu après que le bandage sera ajusté, le foyer d'inflammation aigu présentera une augmentation des symptômes cardinaux, c'est-à-dire une rougeur marquée, de la chaleur et de l'œdème avec une diminution lente de douleur. Si le bandage est placé autour du cou pour combattre l'inflammation aiguë, le laisser en place 20 à 24 heures puis l'enlever pour permettre à l'œdème de disparaître. Pour les affections chroniques, 2 à 4 h. par jour suffisent.

Les appareils employés pour produire l'hyperémie passive sont en verre ; les grands pour l'extérieur du maxillaire, les petits pour les gencives. Au moyen d'un tube de caoutchouc on les relie à la pompe à salive et en réglant la pression d'eau, on obtient la succion à un degré voulu.

La succion pour les douleurs péricémentaires s'appliquent une fois par jour pendant 3/4 d'heure, 5 minutes chaque reprise, avec 3 minutes d'intervalle.

Dans certaines phases de pyorrhée, l'hyperémie offre un grand avantage, mais il faut un verre spécial à chaque cas. Pour les dents antérieures, employer un porte-empreinte d'Angle dont la poignée et les talons ont été enlevés et dans le centre duquel a été foré un trou auquel on ajuste un tube de cuivre.

On remplit le porte-empreinte de composé à modeler et l'on prend une empreinte des dents antérieures. Quand le porte-empreinte a été enlevé, séparer le composé de la surface intérieure du verre, en laissant un épais rouleau continu de composition, recouvrir le bord du porte-

empreinte. Avec le tube de caoutchouc relier le porte-empreinte à la pompe à salive. La succion doit être douce et appliquée une fois par jour.

L'hyperémie est indiquée dans les troubles douloureux du périoste des dents et des maxillaires. Quelques-uns des avantages de ce traitement sont la suppression de l'infection et l'abolition de la suppuration, la diminution de la douleur. Il permet d'éviter de grandes incisions dans les cavités abcédées ; de simples scarifications, guérissant plus vite et laissant peu d'eschares, suffisent d'ordinaire pour le drainage avec le verre à succion. Tout au début une inflammation artificielle peut faire avorter une infection commençante et dans la suppuration déjà existante les processus de démarcation et de résolution finale sont notablement hâtés. (*Dent. Cosmos,* juin 1913.)

Restauration de racines brisées pour pose de couronnes de porcelaine. — Pour placer une couronne de porcelaine sur la racine d'une dent brisée d'un côté au-dessous du bord gingival libre, forer une petite rainure à l'extrémité de la racine et autour à l'endroit de la fracture. Forer une rainure dans le canal et autour sur une faible distance sur le côté. Obturer le canal avec de l'amalgame et placer la couronne quand celui-ci est encore mou, pour obtenir une jointure parfaite entre la couronne et l'amalgame. Enlever la couronne et la remettre en position avec du ciment.

Autre méthode. — Placer autour de l'extrémité de la racine une bague d'or assez large au côté brisé pour qu'il s'étende au-dessus et remplisse la partie brisée. Ce ruban doit être très étroit pour équilibrer la distance autour de la racine de sorte qu'il couvre la jointure entre la racine et la couronne et fortifie l'union.

Si le ruban s'adapte à l'extrémité de la racine et à la dent, remplir la partie brisée de ciment quand la couronne est en position. Ce ciment ne se dissoudra pas plus que s'il était employé suivant la méthode ordinaire employée pour le placement d'une couronne. (*Dent. Cosm.,* juin 1913.)

Coulage de l'or contre de la porcelaine sans briser celle-ci. — Si l'on enchasse une grosse cheville dans la porcelaine ou dans une couronne Logan, placer la couronne dans l'investissement de façon que la cheville soit plus loin de l'anneau de métal que la porcelaine; chauffer très lentement presque jusqu'à incandescence. Placer l'or de façon que le métal fondu vienne d'abord en contact avec l'investissement en mettant l'arrière sur la porcelaine. (*Dent. Cosm.*, juin 1913.)

Suppression des espaces d'air en coulant les empreintes. — Employer un pinceau de grosseur moyenne plutôt rude, et badigeonner le plâtre sur l'empreinte comme sur un inlay. Ensuite plonger le pinceau dans l'eau, le secouer et il est prêt à resservir. (*Dent. Digest.*)



PRODUITS PHARM. SPÉCIAUX "CREIL" DE LA Cie PARISIENNE DE COULEURS D'ANILINE

LABORATOIRE E. DUPUTEL PHAR. DE 1re CL. CREIL (OISE)

Spécifique contre le mal de dent.

Le meilleur remède contre les névralgies du trijumeau, les névralgies faciales, les céphalalgies, les douleurs auriculaires ; le médicament électif de toutes les névralgies de cause locale : carie, pulpite, périostite, stomatite, rhinite, conjonctivite, iritis.

Son emploi permet au malade d'attendre l'intervention chirurgicale qui fait disparaître la cause locale ; il évite l'extraction inutile de dents non cariées.

La Trigémine " Creil " calme en quelques instants les maux de dents les plus intenses, les douleurs post-opératoires, et rend indolore la dévitalisation de la pulpe ; l'action dure 6 à 12 heures.

Dose : 2 à 4 capsules suivant l'intensité de la douleur.

Capsules dosées à 0 gr. 25. — Boîtes de 25 et de 10 capsules

E. DUPUTEL pharmacien de 1re classe, à Creil.

Vente en gros, échantillons gratuits et littérature En vente dans toutes les Pharmacies.

AMPOULES CHEVRETIN-LEMATTE

Laboratoire, 24, rue Caumartin, PARIS — *Téléph. 245-56*

Toutes nos solutions sont à base de SÉRUM PHYSIOLOGIQUE

	Amp. de 1 c.c. 1/3 Les 12	Amp. de 1 c.c. 1/3 Les 50	Amp. de 2 c.c. 1/3 Les 12	Amp. de 2 c.c. 1/3 Les 50
Cocaïne, ou Stovaïne ou Novocaïne à 1 0/0	1 »	3 »	1.50	4 »
Novocaïne Creil à 2 0/0	1.50	4 »	2 »	5 »
Cocaïne, ou Stovaïne ou Novocaïne à 1 0/0, Adrenaline 1/20 de mill. par cent. cube	1.50	4 »	2 »	5 »
Novocaïne Creil à 2 0/0, Adrénaline 1/20 de mill. par cent. cube	2 »	5 »	2.50	6 »
Novocaïne Creil à 5 0/0, Adrénaline 1/20 de mill. par cent. cube	2.50	6 »	3 »	7.50

HYPNOFORME (Chlorure d'éthyle pur)	Les 6		Les 25	
Ampoules de 2 c.c.		2.70		7 »
— 3 c.c.	—	3 »	—	8 »
— 5 c.c.	—	3,75	—	10 »

Prix spéciaux par quantités

BIOCALCOSE

CHEVRETIN

Soluté ou Granulé organo-calcique

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance de démonstrations pratiques du 22 février 1914.

I. — L'ANESTHÉSIE ET L'ANALGÉSIE PROLONGÉES PAR LE PROTOXYDE D'AZOTE ET L'OXYGÈNE AVEC LE NOUVEL APPAREIL DE CLARK, PAR M. EDWARD J. ORTION.

Jusqu'à ces dernières années on n'avait pu obtenir du protoxyde d'azote que des anesthésies de courte durée, son pouvoir ne pouvant être prolongé à cause de la cyanose. Celle-ci est vaincue en mélangeant au protoxyde de l'oxygène, en permettant ainsi de produire des anesthésies de longue durée avec le minimum de danger.

Grâce à ce mélange gazeux et à un dosage exact M. Ortion a démontré qu'une anesthésie chirurgicale peut être maintenue aussi longtemps qu'il est nécessaire en procédant à une démonstration pratique. Une malade fut maintenue sous le sommeil pendant que l'opérateur avulsait, et cela sans se presser, dix dents aux deux maxillaires. La malade ne tarda pas à se réveiller après que l'inhalateur fut enlevé et avait complètement recouvré sa lucidité cinq minutes après, ne ressentant aucun de ces troubles post-opératoires que provoquent les autres anesthésiques généraux.

On peut aussi, grâce à ce mélange gazeux, obtenir l'analgésie, c'est-à-dire une anesthésie partielle permettant de vaincre l'hyperesthésie dentinaire quoique le patient ne soit pas endormi et conserve la faculté de comprendre et d'aider l'opérateur.

II. — MONTAGE DE DENTS ANATOMIQUES SUR L'ARTICULATEUR DU PROFESSEUR GYSI, PAR M. P. A. MARCHAIS.

Il ressort de cette démonstration que :

1° L'emploi des dents anatomiques permet seul l'obtention de résultats parfaits sans meulage déformant l'esthétique de la dent.

2° Il est indispensable que l'articulateur soit employé suivant certaines règles données et desquelles on ne saurait sortir sans compromettre la bonne réussite du montage.

3° Le travail du praticien auprès du patient : préparation des cires-maquettes du dentier, fixation du plan d'occlusion, etc., est le point de départ et la mise en rapport avec le travail du mécanicien.

4° Deux stades de ce montage pratique sont à retenir : la mise en place automatique des molaires inférieures, et le meulage automatique.

III. — Traitement de la pyorrhée alvéolaire par la vaccino thérapie accompagnée du traitement dentaire, par M. Valadier et M. Bertrand de l'Institut Pasteur.

Cette méthode a été déjà présentée à la Société d'Odontologie (V. p. 193).

La démonstration a consisté en la manière de faire les cultures de la bouche, pour isoler les microbes prédominants, le sérum ne pouvant être prêt qu'après une huitaine de jours.

M. Valadier a montré la manière de nettoyer une dent et la ligaturer.

Des malades seront soignés à l'Ecole dentaire où l'on pourra suivre les progrès donnés par cette méthode.

IV. — Présentation et technique de deux nouveaux articulateurs, par M. Amoedo.

M. Amoëdo a présenté une douzaine d'exemplaires de son articulateur anatomique montés avec des dentiers complets montrant différents plans d'occlusion, droits ou avec compensation, en relation avec les trajectoires condyliennes.

Il a montré un patient possédant toutes ses dents auquel il prit la trajectoire condylienne par la méthode intrabuccale, avec deux morceaux de cire, puis la distance entre les rebords alvéolaires et le condyle, en se servant de l'arc facial de Snow. Les modèles de cette bouche ont été montés sur l'articulateur Amoëdo et repérés selon les mensurations mécaniquement enregistrées (cire intrabuccale et arc facial Snow). En imprimant des mouvements de latéralité, on reproduit exactement les mouvements physiologiques de mastication.

Voici, en résumé, la technique à suivre dans les cas de bouches édentées :

Faire deux cires d'articulation comme d'ordinaire ; la cire du haut rasant la lèvre supérieure à l'état de repos. Placer cette cire dans la bouche et en plaçant un couteau de table, ou une tige métallique quelconque à plat, contre la surface d'occlusion, chercher à ce que cette surface d'occlusion soit parallèle à une corde passant par la partie inférieure du conduit auditif externe et l'union de l'aile du nez et de la lèvre supérieure *(ligne auriculo-naso-labiale)*. Lorsque la cire du haut est préparée, on la refroidit en dehors de la bouche ; on ramollit la cire du bas et on prend l'articulé

comme à l'ordinaire. Les traits de la face, ou mieux encore, le compas, de Tarpitz, donneront la hauteur que doivent avoir les cires. Après avoir tracé les lignes des lèvres, supérieure et inférieure, en les faisant remonter comme dans un accès de rire, les cires sont sorties et refroidies. On fait des entailles sur la surface occlusale, pour se repérer plus tard, on remet les cires dans la bouche et on place de chaque côté, entre elles, une boule de godiva, ou de cire ramollie (de la grosseur d'une petite noix). On fait mordre en protrusion forcée en mettant le menton le plus en avant possible ; on refroidit dans la bouche, on retire le tout soigneusement et on finit le refroidissement en dehors de la bouche. Ces boules donnent l'enregistrement des trajectoires condyliennes par la méthode intrabuccale créée par Christensen. On retire ces boules telles qu'elles ont été aplaties entre les cires de l'articulé, et on les met soigneusement de côté.

Il s'agit maintenant de prendre la distance des rebords alvéolaires aux condyles. La fourche de l'arc facial Snow est enfoncée, en la chauffant un peu, dans la cire du haut en la mettant parallèlement au plan d'occlusion, ce qui est facile à vérifier en plaçant cette cire sur une table. Ayant trouvé ce parallélisme, il doit y avoir également parallélisme entre la tige de la dite fourche et la ligne *auriculo-naso-labiale.*

La tête des condyles se trouve à un centimètre en avant du tragus, dans une ligne allant du conduit auditif externe à l'angle externe de l'œil. On place l'arc facial en mettant les extrémités sur les condyles et on serre fortement l'écrou contre la fourche. Il faut que la fourche soit au centre de l'arc, c'est-à-dire dans la ligne médiane de la face, ce qui s'obtient facilement en mesurant préalablement la largeur de la face. Par exemple : en mettant le curseur d'une des extrémités de l'arc à fond, soit onze divisions, et si de l'autre côté on trouve trois divisions, on en a au total quatorze ; on en mettra sept d'un côté et on serrera le pas de vis. En mettant l'arc facial sur la face, l'autre curseur doit marquer également sept divisions. En montant les modèles sur l'articulateur on doit avoir, de même, un nombre égal de divisions de chaque côté et, de la sorte, les modèles se trouveront au centre de l'articulateur.

On doit monter les modèles sur l'articulateur, en conservant les arcs de l'articulateur parallèles l'un à l'autre, et le plan d'occlusion à 25 mm., en moyenne, plus bas que le condyle de l'articulateur. Une fois le plâtre bien durci, on remet les boules de cire, ou de godiva à leur place, on libère les vis des curseurs condyliens et on porte la partie inférieure en avant, comme l'avait fait le patient. Les curseurs de la trajecture condylienne doivent

s'incliner automatiquement au degré d'inclinaison condylienne du patient en traitement.

On ne trouve presque jamais le même degré d'inclinaison à droite et à gauche.

Les inclinaisons de moins de 10° comportent un plan d'occlusion droit, de toutes les dents, sans plan de compensation avec les incisives bout à bout.

Les inclinaisons de plus de 15° comportent un plan de compensation formé par la face occlusale de la deuxième molaire supérieure avec chevauchement des incisives.

V. — Cure radicale d'une épulis, par M. Roy.

M. Roy présente une malade qui porte une épulis de la grosseur d'une grosse noix, et dont le développement, particulièrement curieux, s'est fait sans que la malade ait jamais eu l'attention attirée sur la tumeur qui pourtant a fait son évolution du côté lingual ; la tumeur présente en outre un siège assez peu fréquent, puisqu'elle existe au niveau de la racine mésiale de la 1re molaire inférieure (côté gauche).

M. Roy opère ensuite la malade en circonscrivant la tumeur par une longue incision et en réséquant à la gouge et au maillet le point d'implantation alvéolaire, procédé qui seul met à l'abri des récidives.

VI. — Cas d'orthodontie.

M. G. Villain présente une série de cas d'orthodontie en cours de traitement par les élèves de l'Ecole dentaire de Paris.

VII. — Le pneumo-anesthésiographe, par M. Franchette.

M. Franchette a présenté un très ingénieux appareil entièrement confectionné par lui-même, et qui sera d'une réelle utilité pour les chirurgiens, et tous ceux qui pratiquent l'anesthésie générale. Cet appareil, appelé pneumo-anesthésiographe, enregistre par un graphique fidèle le degré d'amplitude et de fréquence de la respiration du sujet endormi.

Pendant l'anesthésie, une bande de papier se déroule où s'inscrivent les indications données par le stylet, et c'est sur cette bande que l'on surveille les conditions dans lesquelles se poursuit le sommeil.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DU HAVRE (1914).

Nous rappelons à nos confrères que le Congrès de l'A. F. A. S. en 1914 aura lieu au Havre du 27 juillet au 3 août. Cette date leur permettra de se rendre ensuite au Congrès de Londres, qui se tiendra du 3 au 8 août.

Le président de la Section d'Odontologie pour cette année est M. Achille Audy, de Senlis, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, et le secrétaire M. Lebègue démonstrateur à la même école.

Nous adressons un pressant appel à nos confrères pour qu'ils assistent en grand nombre à cette réunion professionnelle dont l'intérêt est augmenté par les séances des diverses sections de l'A. F. A. S. et qui, au point de vue matériel, offre des avantages appréciables, tels que la réduction de 50 0/0 sur les chemins de fer.

Nous prions les confrères désireux de faire à ce Congrès des communications ou des présentations d'en informer le plus tôt possible M. Lebègue, 26, rue Cardinet, Paris, en lui indiquant le titre de celles-ci.

Nous publierons dans un prochain numéro la liste des adhésions et des communications.

Tous ceux qui désirent faire des communications ou des démonstrations pratiques doivent en informer le secrétaire de la Section respective avant le 15 avril 1914 (art. 16 des statuts, publiés dans *L'Odontologie* du 15 avril 1913).

6e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

(Londres, 3-8 *août* 1914*).*

Bureaux des sections.

1° Anatomie dentaire, histologie et physiologie. — *Président :* M. Underwood ; *vice-présidents :* MM. Caush, Humphreys, Woods ; *secrétaires :* MM. Sprawson, Wellings ;

2° Pathologie et bactériologie dentaires. — *Président :* M. Hopewell-Smith ; *vice-présidents :* MM. F. Bennett, Payne, Watson ; *secrétaires :* MM. Mummery, Plumley ;

3° Chirurgie et thérapeutique dentaires. — *Président :* M. Dolamore ; *vice-présidents :* MM. Hern, Parfitt, Whittaker ; *secrétaires :* MM. Doubleday, Parker Harrison ;

4° Physique, chimie, radiographie et métallurgie dentaires. — *Président :* M. Hopson ; *vice-présidents :* MM. Clark, Dreschfeld, Lindsay ; *secrétaires :* MM. Ironside, Hepburn ;

5° Prothèse dentaire. — *Président :* M. Simons ; *vice-présidents :* MM. Brunton, Gabell, Goldie ; *secrétaires :* MM. Thew, Morris ;

6° Orthodontie. — *Président :* M. Badcock ; *vice-présidents :* MM. Campion, Northcroft, Rushton ; *secrétaires :* MM. Chapman ; Councell ;

7° Chirurgie buccale et prothèse chirurgicale. — *Président :* M. Turner ; *vice-présidents :* MM. Carter, James, Murray ; *secrétaires :* MM. Aubry, Harwood ;

8° Anesthésie générale et locale. — *Président :* M. Guy ; *vice-présidents :* MM. Gibbs, Hunt, Pare ; *secrétaires :* MM. Coleman, Parrott ;

9° Hygiène buccale, instruction publique et services dentaires publics. — *Président :* M. Norman Bennett ; *vice-présidents :* MM. Baker, Harrison, Sim Wallace ; *secrétaires :* MM. Baly, Wood ;

10° Enseignement dentaire. — *Président :* M. Gilmour ; *vice-présidents :* MM. Gaddes. Richards, Wynne Rouw ; *secrétaires :* MM. Bull, Sheppard.

MUSÉE.

Le musée comprend 10 sections, portant les mêmes dénominations que celles du Congrès.

Président : M. Hopewell-Smith ; *sècrétaire général :* M. Doubleday ; *conservateurs :* MM. Aubey (chirurgie buccale) ; Baly (hygiène buccale, etc.) ; Bull (enseignement dentaire) ; Doubleday (chirurgie dentaire) ; Ironside (thérapeutique, etc.) ; Mummery (pathologie) ; Payne, Dowsett, Hopewell-Smith, Pitts (divers).

Le Musée sera une collection internationale d'objets d'intérêt représentant chacune des sections du Congrès, savoir :

1° Spécimens montrant l'évolution des formes de dent et de la denture humaine, préparations histologiques portant sur des recherches récentes, composition chimique et action physiologique de la salive ;

2° Spécimens d'états pathologiques des dents, palais, gencives, mâchoires, tels que odontomes, kystes dentaires et dentigères, néoformations, maladies du périoste, etc. Photomicrographies de micro-organismes buccaux, cultures de micro-organismes dans des tubes d'essai ou sur des plaques de Petri. Nouveaux appareils et instruments de bactériologie ;

3° Spécimens de dents, gencives et mâchoires atteintes de pyorrhée alvéolaire. Coupes microscopiques et projections à la lanterne de ces spécimens. Nouvelles méthodes d'inlays et de couronnes ;

4° Radiographies de tissus dentaires normaux ou pathologiques et des parties voisines ;

5° Articulateurs. Méthodes de moulage sous pression. Gencive continue ;

6° Anomalies de position des dents, appareils de redressement ;

7° Spécimens montrant le traitement chirurgical des dents et mâchoires, comprenant les fissures palatines, bec-de-lièvre, fracture et résection des mâchoires ;

8° Histoire et évolution de l'anesthésie ;

9° Photographies, cartes, graphiques, statistiques de cliniques scolaires. Méthodes d'instruction du public en hygiène dentaire.

10° Objets d'enseignement, cartes, graphiques et modèles de démonstration employés pour l'enseignement dentaire. Travaux d'élèves et d'apprentis ;

11° Objets ayant un intérêt historique, tels que livres, instruments, tableaux, etc.

Règlement.

I. Les exposants doivent fournir sur les objets qu'ils se proposent d'envoyer au Musée des renseignements détaillés dans la formule de demande d'exposition qu'ils peuvent réclamer, 19 Hanover Square, Londres W. Les demandes doivent être envoyées avant le 30 juin. Les demandes parvenues après cette date ne pourront être accueillies et les listes d'objets exposés envoyées après cette date ne pourront être imprimées dans le catalogue officiel.

II. Tous les articles à exposer devront parvenir, convenablement emballés en colis recommandés et transport payé, à « The University of London, South Kensington, London, S. W. », le 13 juillet, ou après, mais avant le 20 juillet 1914.

III. Le Comité aura le droit absolu d'accepter ou de refuser les objets à exposer.

IV. Le Comité se réserve le droit d'arranger les objets à exposer comme bon lui semblera.

V. Le Comité veillera à ce que les objets soient exposés d'une manière convenable et à ce que leur réemballage et leur retour à l'expéditeur soient effectués dans de bonnes conditions. Tous les objets exposés seront assurés et toute demande d'indemnité pour dommages ou perte devra être faite dans les 3 mois à partir de la clôture du Musée.

VI. Un exposant faisant une communication devant une des Sections du Congrès et qui, à cet effet, désirerait avoir les objets qu'il a exposés, pourra s'adresser au Conservateur de ladite section pour les obtenir. Dans ce cas l'exposant sera responsable du retour en bon état au Musée des objets exposés.

VII. Aucun objet ne pourra être retiré du Musée sans le consentement du Comité.

Instructions pour l'envoi des objets, etc.

A. Tous spécimens fragiles devront être emballés solidement dans des caisses en bois, sur le couvercle desquelles le nom et l'adresse de l'exposant devront être écrits d'une manière très lisible.

Une liste du contenu devra être clouée sur la surface inférieure du couvercle.

B. S'il s'agit de diagrammes ou autres objets ne pouvant se briser, un colis suffira, mais la couverture de papier devra porter le nom et l'adresse de l'exposant.

C. Une étiquette distincte devra être fixée à chaque objet pour en faciliter l'identification. Elle devra porter le numéro de la Section du Musée dans laquelle l'objet doit être exposé.

D. Une grande étiquette en carton devra être clouée sur chaque caisse, portant l'adresse suivante, lisiblement écrite : Vith International Dental Congress (London, 1914).

Mr. F. N. Doubleday, Hon. Secretary, International Dental Museum, University of London, South Kensington, London, S. W.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

Session de La Haye, 1913.

(Suite.)

COMMISSION D'ENSEIGNEMENT

Présidence de M. Brophy, président d'honneur.

M. Aguilar donne lecture du rapport de M. Kirk absent, publié dans le compte rendu de la session de Stockholm (1912) (V. *Odontologie* du 30 mars 1913, p. 265).

M. Brophy appelle l'attention sur le sujet développé par M. Kirk : importance d'enseigner la façon d'enseigner. Il aimerait connaître l'opinion de M. Godon, un des premiers qui se sont occupés d'enseignement dentaire, et de M. L. Rhein, professionnel distingué des Etats-Unis et vice-président de l'Association dentaire nationale.

M. Godon rappelle que l'assemblée a eu un rapport provisoire de M. Kirk et qu'elle attend une réponse définitive sur deux questions renvoyées à la Commission touchant les méthodes d'instruction qui doivent combiner l'habileté artistique avec l'habileté mécanique et touchant le degré d'enseignement pratique à associer à l'enseignement théorique.

En l'absence de M. Kirk il y a lieu d'examiner la question de nouveau et de recueillir les opinions d'hommes qualifiés pour en émettre. Il est nécessaire de trancher cette question le plus tôt possible et il est d'avis qu'un rapport détaillé soit présenté sur les trois questions adoptées à Londres en 1911.

M. Cunningham. — Nous avons à reconcilier la dépréciation de la dentisterie mécanique en faveur de la dentisterie opératoire. Je n'hésite pas à dire que l'enseignement manuel est nécessaire pour l'opérateur aussi bien que pour le mécanicien. Le programme de presque toutes nos écoles a besoin d'être modifié à cet égard. J'appuie l'avis de M. Godon.

M Guy. — Il faudrait que la commission fût renseignée touchant ce qu'il a été proposé de faire et ce qui a réellement été fait. Les trois résolutions adoptées à Londres ont été le résultat d'une longue discussion à la Commission et à la F. D. I. On acceptera en général les principes posés dans ces résolutions. La tâche de la Commission a consisté à recueillir toutes les informations ayant quelque valeur et émanant des écoles dentaires disposées à les fournir pour préparer un rapport définitif. Comme conséquence des délibérations de la petite sous-commission nommée en 1911,

M. Kirk a dressé une série de questions bien précises, comportant des réponses détaillées. J'ai répondu à ces questions ; M. Paterson aussi. Je présume que d'autres ont fait de même. Ces renseignements peuvent servir de base à un rapport que nous étudierions. Nous avons lu avec plaisir le rapport provisoire de M. Kirk, parce qu'il a exprimé exactement les sentiments qui nous animent. Mais il ne s'agit plus de sentiments, puisque nous sommes tous d'accord à cet égard. Ce qu'il nous faut ce sont des informations précises et détaillées et tant que nous ne les aurons pas, il est impossible de formuler d'avis ou de faire des recommandations, pesant d'un certain poids sur les autorités chargées de l'enseignement dans le monde. Je propose que nous renvoyions cette affaire à M. Kirk ou à la sous-commission avec mandat précis de présenter à la prochaine session un rapport contenant tous ces renseignements bien coordonnés avec un avis mûri basé sur ces renseignements.

J'appuie la proposition de M. Godon.

M. Aguilar ne pense pas que cette résolution aboutisse à un résultat pratique. M. Kirk demande seulement un délai supplémentaire pour achever le rapport. Je demande que ce Comité d'organisation du prochain Congrès veuille bien mettre les *méthodes d'enseignement manuel* au nombre des sujets destinés à faire l'objet d'un rapport dans la 10e section (enseignement dentaire).

M. Guy. — C'est là un sujet convenant fort bien pour une communication dans cette section ; mais il vaut mieux réserver les rapports pour des matières de connaissances définies.

M. Godon regrette que le sujet ne soit pas compris dans la 10e section.

M. Brooks. — Si l'assemblée le désire, je peux, comme secrétaire général du Congrès, soumettre la question à la section 10 ; mais, comme l'a dit M. Guy, nous préférerions qu'il fût présenté sous forme de communication, plutôt que sous forme de rapport.

M. Guy. — Le travail du Congrès n'est pas limité aux rapports. Nous espérons que les communications éveilleront plus d'intérêt que le rapport et provoqueront plus de débats que ceux-ci. Nous ne voulons pas mettre tous les sujets possibles à discuter dans des rapports, mais seulement les sujets sur lesquels il y a moins de divergence d'opinions. Nous désirons avoir l'opinion de chacun sur chaque branche de connaissance dentaire dans les communications.

M. Rhein (New-York). — L'Association dentaire nationale des Etats-Unis a été réorganisée et compte maintenant 15.000 dentistes et elle estime que la question la plus importante pour la profession est celle de l'enseignement et certes M. Kirk doit éprouver de grandes difficultés pour établir un rapport sur cette question. En même temps la chose la plus importante à examiner, c'est le

danger de rester dans la situation actuelle. Nous sommes dans un monde de progrès où les conditions d'aujourd'hui ne seront plus les mêmes demain et nous devons constamment avancer.

En Amérique j'ai toujours été frappé de la difficulté d'allier la pratique et la pédagogie dans l'esprit du professeur. Même si celui-ci possède parfaitement son sujet, il manque souvent de l'esprit dentaire qui ne peut être qu'inné chez nous et je ne vois que trop fréquemment un emploi faux du côté scientifique dans une application dentaire. Il travaille donc dans une direction contraire et un professeur capable qui ne sait pas apprécier exactement les connaissances scientifiques dans les faits physiologiques et pathologiques traite trop souvent la bouche sans avoir suffisamment égard. J'ai vu pour ma part les plus grands inconvénients provoqués par une mauvaise application de la technique dentaire.

La proposition de M. Godon est adoptée.

Sur la demande de *M. Godon* des remercîments sont adressés à M. Brophy pour avoir accepté la présidence.

La séance est levée.

COMMISSION DE BIBLIOGRAPHIE ET DE DOCUMENTATION

Séance du 29 août.

Présidence de M. Huet (Bruxelles), président.

Il est donné lecture du rapport suivant de M. Joachim (Bruxelles), secrétaire.

Rapport de M. Joachim, secrétaire.

« Suivant le programme dressé à Stockholm, la Commission s'est efforcée de s'assurer le service aussi complet que possible des journaux professionnels et périodiques et de se procurer le plus grand nombre possible de volumes pour la bibliothèque de la F. D. I. Si nous comparons la situation actuelle à celle de l'année dernière, il faut avouer que le progrès n'est pas grand, au moins quant au nombre des journaux reçus. Nous n'avons en plus que les 8 journaux suivants : *Les Annales de l'Institut chirurgique de Bruxelles, Ash's Monthly, La Odontologia Dominicana, La vie internationale, Revista dentaria Brasileira, El odontologo venezolano, Revista Odontologica Colombiana, Finska Tandläkare Sällskapet Forhandlinger.* Il y a beaucoup à faire à cet égard et chaque membre ou rédacteur en chef devrait s'assurer que son journal profes-

sionnel est envoyé gratuitement à la bibliothèque de la F. D. I. La situation de cette bibliothèque s'est améliorée heureusement et le nombre des volumes reçus cette année monte à 56. Nous signalerons en particulier *La Bibliographia de la odontologia espanola* contenant un catalogue de tous les ouvrages dentaires imprimés en Espagne et dû à M. José Martinez Sanchez. Dans chaque pays on devrait entreprendre un travail de ce genre. C'est l'Amérique du Sud qui nous a envoyé la plupart des volumes reçus. M. Guerini, de Naples, nous a envoyé également une collection de ses ouvrages. Puisse son exemple être suivi.

» Nous joignons à notre rapport une liste complète des volumes composant la bibliothèque de la F. D. I. Suivant le désir exprimé l'année dernière par le Conseil exécutif, nous avons commencé à dresser une liste aussi complète que possible des praticiens, des sociétés dentaires et des journaux professionnels du monde. Nous avons demandé des représentants dans les divers pays pour nous aider, mais la coopération est rare. Nous avons obtenu des rapports complets de MM. Ramberg (Stockholm), Christensen (Copenhague), Aguilar (Madrid), Riethmuller (Philadelphie), Schäffer-Stuckert (Francfort). La maison d'éditions Meuser (Berlin) nous a adressé, sur notre demande, deux exemplaires de son annuaire de dentistes, fournisseurs et fabricants de fournitures du monde. Avec les documents reçus et ceux que nous attendons, nous espérons compléter cette publication et la mettre à jour. Nous adressons un nouvel appel dans ce but et nous nous efforcerons d'obtenir des renseignements des Comités nationaux ou des sociétés dentaires. Nous prions les membres de nous donner les dents de confrères en état de nous aider. Cette année, avec la nouvelle organisation que nous espérons établir, nous comptons finir ce travail en ayant,l'an prochain, un service de bibliographie et de documentation aussi complet que possible.

» Pour terminer je vous ferai part de résolutions adoptées par le 2e Congrès des associations internationales tenu cette année à Bruxelles, où je représentais la F. D. I., et présentant de l'importance pour la F. D. I.

» Chaque association internationale devrait établir une bibliographie internationale classifiée de son sujet, comprenant les éléments des bibliographies nationales et d'Etat et des extraits de périodiques. »

Une décision semblable a déjà été prise par la F. D. I. et il est de notre devoir de l'exécuter.

Un rapport sur des règlements modèles de Congrès internationaux, présenté par M. Gariel, contient des idées excellentes qui nous seraient très utiles et qui méritent d'être adoptées avec quelques petites modifications.

Nous espérons, comme M. Huet l'a dit à la séance de réouverture, avoir une coopération générale cette année, afin que la science dentaire possède, comme d'autres sciences, un service de bibliographie et de documentation répondant aux besoins des connaissances humaines.

Programme de la Commission pour 1913-1914.

1° Extrait de tous les articles originaux ayant paru dans les publications adressées à la bibliothèque de la F. D. I. ;

2° Etablissement d'une liste complète des dentistes, journaux et sociétés dentaires du monde ;

3° Rapport sur la législation dentaire de tous les pays ;

4° Rapport sur les dentistes de l'armée et de la marine de chaque pays ;

5° Règlement de la Commission.

M. Aguilar propose d'adopter le rapport, qui représente une grosse somme de travail, et de voter un crédit de 500 francs à la Commission.

M. Rosenthal accepte, car, tout en étant obligé de veiller à l'économie, il est partisan de dépenses utiles qui aideront à étendre l'œuvre de la Commission.

M. Godon est très reconnaissant à la Commission de son travail utile et intéressant, mais difficile, surtout pour indexer toute la littérature odontologique. La F. D. I. doit s'efforcer de répandre dans le monde entier l'œuvre et le but de la Commission.

Le rapport et le programme sont adoptés.

M. Huet présente deux résolutions du Congrès des associations internationales : la première signalant la nécessité d'une convention internationale entre tous les Etats pour régler le statut de ces associations, la seconde demandant la protection légale pour leurs titres et leurs emblèmes. — Adopté.

M. Aguilar recommande la création d'un bureau permanent comme celui du Congrès international des sciences médicales de La Haye, subventionné par l'Etat.

M. Rosenthal estime que c'est une question importante à examiner. Actuellement le siège de la F. D. I. est virtuellement à Bruxelles, parce que les archives s'y trouvent.

M. Godon espère que le Conseil exécutif discutera la proposition.

Sur sa proposition, il est décidé de comprendre la statistique dans les attributions de la Commission et de modifier ainsi son titre : *Commission de bibliographie, de documentation et de statistique.*

(*A suivre.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE

Le Conseil d'administration de l'A. G. S. D. F. s'est réuni, ainsi que nous l'avons annoncé, le 21 février, à 6 h. 1/2 du soir.

Après lecture de la correspondance et adoption du procès-verbal, il a procédé à la constitution du Bureau, comme nous l'avons indiqué dans notre dernier numéro.

Il a été procédé ensuite à la constitution des Commissions :

Commission syndicale : MM. Cernéa, Debray (Paris), Dupontreué, Fouques, Miégeville.

Commission de prévoyance : MM. Cernéa, Crocé-Spinelli, Devoucoux, Dreyfus, Miégeville.

Conseil de famille : MM. d'Argent, Audy, Blatter, Dreyfus, Fouques, Rollin.

Le Conseil a revisé la liste des délégués à la F. D. N., a prononcé des admissions et accepté des démissions et décidé de prendre part à l'Exposition de Lyon.

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

L'assemblée générale ordinaire de la F. D. N. a eu lieu le samedi 21 février, à 9 h. du soir, avec l'ordre du jour que nous avons publié.

Après lecture de la correspondance et approbation du procès-verbal de l'assemblée générale du 27 septembre 1913, l'assemblée a entendu et approuvé le rapport du secrétaire général, ainsi que les comptes du trésorier.

Elle a entendu une communication de M. Audy, président de la Section d'odontologie de l'A. F. A. S., sur le Congrès du Havre (1914).

Il a été procédé aux élections pour la nomination des 24 membres du Comité exécutif. Ont été élus : MM. Blatter, Franchette, d'Argent, Godon, Debray, Fabret, Barden, Dreyfus, Fontanel, André, Pont, Drain, Erny, Dupontreué, Tacail, Bioux, P. Martinier, Ferrand, Hugot, G. Villain, H. Villain, G. Fouques, Roy, Rodolphe.

La communication du C. N. F. H. D. figurant à l'ordre du jour a été ajournée à la prochaine assemblée générale extraordinaire, qui a été fixée au samedi 16 mai 1914.

La séance a été levée à 11 heures.

Le Comité exécutif s'est réuni immédiatement pour procéder à la constitution du Bureau dont nous avons donné la composition dans notre dernier numéro.

CERCLE ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

L'Assemblée générale du Cercle odontologique de France a eu lieu le samedi 7 mars, à 10 heures du soir, à l'*Hôtel des Sociétés Savantes*, avec le programme ci-après.

Le dimanche 8 mars à midi a eu lieu le 10e banquet annuel de la Société, sous la présidence de *M. Choquet.*

Le lieu de ce banquet, primitivement fixé au restaurant du « *Bœuf à la Mode* », a été reporté, par suite de l'affluence d'adhésions parvenues, à l'Hôtel Continental.

Le même jour, de 9 h. à midi et dans les mêmes salons, a eu lieu une séance de démonstrations et présentations intéressant l'Art dentaire, ainsi qu'une Exposition des principales Maisons de fournitures.

Samedi 7 mars 1914. — Hôtel des Sociétés Savantes.

De 8 *h.* 1/2 *à* 10 *heures.* — Séance ordinaire du Cercle.

Mathucine, Camphol et Rosaldehol, M. Léger-Dorez.

L'emploi de l'hydroxydase en art dentaire, M. le Pr Choquet.

A 10 *heures.* — Assemblée générale.

Procès-verbal. — Correspondance. — Rapports du Secrétaire général, du Trésorier, du Directeur du *Journal Odontologique*, de l'Administrateur du *Journal odontologique.* — Renouvellement par moitié du Conseil d'Administration. — Questions diverses.

Dimanche 8 *mars* 1914. — Hôtel Continental.

De 9 *heures à midi.* — Séance de démonstrations et présentations.

Quelques aperçus pratiques sur l'emploi de l'or étain, M. Geo. Roussel.

Démonstration du centrifugeur du Dr Pont, M. Léger-Dorez.

Démonstration du Pluvoyant, M. Donati.

Réparation des bridges par le procédé à écrous de Bryand, M. J. Fildermann.

a) Moulage de travaux à pont. *b*) Présentation d'un patient porteur de deux bridges, M. E. Darcissac.

a) Lampe de secours pour éclairage buccal. *b*) Traitement du 4e degré. *c*) Présentation de deux tablettes de Holmès avec adjonction de tiroirs pour fraises (2 modèles distincts), M. Hugot.

Présentation d'une nouvelle succion, M. Chazal.

Essai d'un compas pour la pose rationnelle des porte-ressorts, M. Daclin.

Présentation de l'hydroxydase avec démonstration des réactions chimiques, M. Pellissier, pharmacien.

Démonstration dans la bouche du nouvel appareil d'Angle, M. Anema.

Démonstrations et présentations, M. Fourquet.

BIBLIOGRAPHIE

Deux siècles de presse au service de la pharmacie et 50 ans de l'Union pharmaceutique.

L'Union pharmaceutique a publié sous ce titre, à l'occasion de son cinquantenaire, une histoire et bibliographie des périodiques intéressant les sciences, la médecine et spécialement la pharmacie en France et à l'étranger (1665-1860) et sa monographie depuis sa fondation (1860) jusqu'en 1912.

Ce volume, de 316 pages et de 22 gravures hors texte, est dû à la plume de M. Eugène Guitard, archiviste paléographe. Il comprend une préface de M. Charles Buchet, directeur de la Pharmacie centrale de France, une introduction, par l'auteur, et deux parties.

La première partie est divisée en sept chapitres : le premier âge du journalisme scientifique (1665 à 1700); le dernier siècle du privilège (1701-1789) ; la presse des sciences physiques et naturelles (1789-1860) ; le Collège, la Société des pharmaciens et les premiers organes spéciaux de la pharmacie (1780-1809) ; les organes parisiens de la pharmacie dans la 1re moitié du XIXe siècle (1809-1860) ; les périodiques médicaux à Paris (1789-1860) ; les périodiques provinciaux et étrangers (1778-1860).

La deuxième partie est divisée en cinq chapitres, consacrés à l'*Union pharmaceutique*: sa naissance (1844-1860) ; l'administration et la rédaction, de Dorvault à Ch. Buchet (1860-1890) ; l'Union pharmaceutique et la science (1860-1912) ; les services rendus à la profession (1860-1912) ; la publicité pharmaceutique.

Elle est suivie d'une conclusion : l'organisation actuelle (1890-1912) et d'un appendice : le livre d'or de l'Union pharmaceutique, puis d'une table méthodique des périodiques étudiés, d'une table alphabétique, enfin d'une table analytique.

Cet ouvrage, très complet, est intéressant à plus d'un titre et nous ne pouvons que féliciter son auteur de l'avoir écrit.

Recherches bactériologiques.

M. Gosta Idman, de l'Institut de pathologie d'Helsingfors (Finlande), s'est livré à des recherches sur les abcès du périoste survenant comme accompagnement de la pulpite suppurée et de

la gangrène purulente au point de vue des micro-organismes anaérobies. Il a publié le résultat de ces recherches dans les *Travaux* de cet Institut, et M. le professeur E. A. Homen a entrepris de le faire connaître au monde scientifique en le publiant chez l'éditeur Gustave Fischer, d'Iéna.

Cette publication de 83 pages, suivies d'une planche, traite, après une introduction et un coup d'œil historique, des micro-organismes dans la dentine cariée, des micro-organismes dans la pulpe modifiée pathologiquement, des micro-organismes dans la périostite ; expose le plan de travail, les matériaux utilisés et la méthode suivie, décrit les micro-organismes isolés, relate un certain nombre de cas et donne le résultat des recherches.

Un long index bibliographique termine cet ouvrage.

Livres reçus.

Nous avons reçu les ouvrages suivants :

1° Caricatures dentaires (en espagnol), par M. Rochina Murillo, volume de 98 pages contenant les portraits-charges des dentistes espagnols les plus connus, accompagnés chacun d'une petite pièce de vers humoristiques ;

2° Education et rééducation des centres auditeurs (en français), par le Dr Marage (brochure de 15 pages).

3° Une brochure en allemand de M. Hans Pichler, de Vienne (Autriche), sur *l'extension pour prévention et les obturations de contour.*

Revista dentaria brasileira.

Le numéro de septembre 1913 de cette Revue, qui nous est parvenu avec un retard considérable, consacre un long article au Congrès pan-américain d'odontologie, dont nous avons entretenu nos lecteurs, et à l'exposition qui y était annexée. Cet article est accompagné de nombreuses photographies.

NÉCROLOGIE

Louis Meng.

Nous avons le vif regret d'apprendre la mort, à l'âge de 59 ans, de notre confrère Louis Meng, décédé le 25 février 1914.

Il avait été un des fondateurs du *Cercle des dentistes* (avril 1879), devenu, comme on sait, l'Association générale syndicale des dentistes de France, dont il a toujours fait partie. Diplômé de l'Ecole dentaire de Paris en 1881, il avait été nommé chef de clinique en 1886 et avait conservé ces fonctions jusqu'en 1898 ; il avait également été membre du Conseil d'administration de la Société de l'Ecole.

Ses obsèques ont eu lieu le 28 février. L'Association, qui avait envoyé une couronne, et l'Ecole dentaire de Paris y étaient représentées.

Esprit ouvert et original, il prit longtemps part aux réunions de la Société d'Odontologie, à laquelle il apporta de nombreuses communications, participant volontiers aux discussions des questions scientifiques ou pratiques.

Louis Meng a joué parmi nous un rôle actif. Ouvrier de la première heure, à l'époque où la profession voulait s'organiser et surtout instituer des études dentaires régulières et méthodiques, qui n'existaient pas, il a contribué au relèvement du niveau moral de la profession, qui était un des objectifs poursuivis alors par une petite phalange d'hommes jeunes, actifs, intelligents et dévoués. Sa disparition creuse un vide de plus dans cette phalange dont les rangs vont sans cesse en s'éclaircissant. Il a droit à notre gratitude pour les services qu'a rendus à la cause qu'il avait embrassée avec ardeur et qui nous est restée chère. Aussi est-il de notre devoir de lui adresser un suprême adieu, en le remerciant de ce qu'il a fait et en assurant sa famille qui le pleure et à laquelle nous exprimons toute notre sympathie, que son souvenir vivra toujours parmi nous.

NOUVELLES

L'art dentaire en Russie.

Nous apprenons que le Gouvernement russe prépare une loi pour réglementer l'exercice de l'art dentaire, les études à faire pour exercer cet art, les titres à posséder et les droits dont jouiront les praticiens dentistes.

Clinique dentaire scolaire.

Le 28 octobre dernier le Conseil communal de Brigue (Suisse), décidait de faire examiner les dents des écoliers.

La visite eut lieu et les constatations ne furent pas réjouissantes : sur 420 élèves, on n'en trouva que 32 possédant une denture saine et encore la moitié de ces derniers avaient-ils déjà reçus les soins du dentiste.

Résultat global : 400 dents à arracher et 800 à obturer.

Ce travail est assuré par un dentiste avec un rabais de 30 0/0 sur les prix normaux. La commune garantit le payement des honoraires et prend à sa charge les notes des familles indigentes.

L'art dentaire en Egypte.

Une réunion a eu lieu au ministère de l'Intérieur au Caire sous la présidence de M. Ronald Graham, conseiller à ce département, pour examiner la question des dentistes diplômés des écoles étrangères et qui n'ont pas obtenu l'autorisation d'exercer en Egypte.

Il s'agit de savoir si l'on se contentera de réglementer cette profession seulement ou si l'on obligera les dentistes à subir un examen avant de les autoriser à exercer.

Etaient présents à cette réunion : S. E. Ismaïl pacha Sidky, le colonel Garner, sous-directeur de l'Hygiène, M. Goodman, inspecteur, et M. Weiss, de l'Intérieur.

Concours.

Le journal *Oesterreichische Vierteljahrschrift für Zahnheilkunde*, qui est entré en janvier 1914 dans sa 30e année d'existence, ouvre à cette occasion un concours de travaux scientifiques portant sur le domaine de l'odontologie, théoriques, pratiques ou cliniques. Trois prix, de 1.000, 600 et 400 francs seront accordés. Le jury sera présidé par le professeur Julius Scheff, de Vienne.

Le concours est ouvert aux chirurgiens-dentistes de tous pays.

L'envoi des travaux, qui doivent être inédits, devra être fait avant le 15 mai 1914. L'attribution des prix aura lieu le 15 juillet 1914. Les travaux en langue étrangère devront être accompagnés d'une traduction en allemand.

Grève d'étudiants en dentisterie en Allemagne.

Nous avons annoncé dans notre numéro du 15 janvier que les étudiants en dentisterie se sont mis en grève en Allemagne parce qu'ils sont tenus depuis 1909 de présenter, comme les autres étudiants, un certificat de maturité pour pouvoir être immatriculés, et que, ayant demandé, par contre, le titre de docteur, celui-ci ne leur a pas été accordé par les autorités universitaires ni par celles de l'Etat.

Il convient d'ajouter, à propos de cette grève, dont tous les journaux allemands se sont occupés, qu'elle a été provoquée également parce que la durée des études dentaires a été portée à 8 semestres par la réglementation de 1909.

La profession dentaire, par l'organe de ses diverses Sociétés, a demandé l'octroi aux étudiants, à la fin de leurs études, du titre de docteur en médecine dentaire et la Chambre des chirurgiens-dentistes du royaume de Prusse, nouvellement élue, a émis un avis favorable. Quelques Conseils universitaires, notamment à Berlin et à Fribourg-en-Brisgau, se sont également prononcés dans le même sens et celui de Fribourg-en-Brisgau a même décidé de recommander au ministre la création d'un titre de docteur pour les dentistes.

Le ministre des Cultes et de l'Instruction publique de Prusse, auquel les étudiants en grève avaient envoyé une délégation, a refusé de la recevoir avant qu'ils aient repris les cours. Néanmoins les étudiants comptent obtenir gain de cause quant au titre ; aussi ont-ils décidé la reprise de leurs études.

En Bavière les étudiants ont obtenu satisfaction des autorités.

A l'Association des étudiants.

L'Association générale des étudiants a procédé, le 25 janvier, au renouvellement de son comité. Tous les candidats présentés par le comité sortant ont été élus à la presque unanimité. Voici les noms des 27 nouveaux délégués :

Droit. — MM. Cochard, Courageot, Lacheret, Laville, Loiseau, Lorgéré et Vincent.

Lettres. — MM. Maurice Boiselle, Marty et Robert Perraut.

Médecine. — MM. Besson, Girardin, Laban, Rox et Toupance.

Pharmacie. — M. Weithoff.

Ecole d'Alfort. — MM. Taskin et Bernardin.

Coloniale. — M. Truc.

Sciences. — MM. Cianfarelli et Guizerix.

Sciences politiques. — MM. Charles et Bernard.

Dentisterie. — MM. Marchadier, Cannac, Marchand et Brunet.

34e ANNÉE. N° 6. 30 MARS 1914 VOL. LI

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LE LOCUS MINORIS RESISTENTIÆ DE LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE SELON BLACK ET KIRK. RECHERCHES HISTO-BACTÉRIOLOGIQUES

Par M. MENDEL-JOSEPH,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

En juin 1913 parut dans le *Dental Cosmos* un article du Dr Kirk intitulé : *The locus minoris resistentiæ of pyorrhœa alveolaris*. L'auteur y émet sur la pathogénie de la pyorrhée alvéolaire une hypothèse ingénieuse, qui m'a séduit et incité à entreprendre une série de recherches que je me propose d'exposer ici.

L'idée première de cette hypothèse revient au Prof. Black.

En étudiant en 1887[1] l'histologie de la membrane péri-dentaire (peridental membrane) Black fut surpris de constater dans ce tissu de multiples formations épithéliales, qu'il décrit sous le nom de glandes lymphatiques de la membrane péri-dentaire. Il ignorait alors les importantes études de Malassez, publiées en 1884 et 1885 et où l'auteur français, embrassant l'ensemble du développement des tissus dentaires, démontre la véritable origine et le mode exact de formation de ces éléments épithéliaux, qu'il dénomme débris épithéliaux paradentaires.

Dans une étude ultérieure *The Fibers and Glands of*

1. G. V. BLACK, *A study of the histological character of the periosteum and peridental membrane*, *Dental Cosmos*, 1887.

the Peridental Membrane[1], Black modifie quelque peu sa conception sur la nature de ces éléments épithéliaux sans se rallier entièrement aux idées de Malassez. Cependant on s'accorde à reconnaître, à l'heure actuelle, et Kirk est de cet avis, que les glandes de Black et les débris para-dentaires représentent des formations identiques.

Il y a plus; Black, en examinant un jour des préparations histologiques provenant d'une dent extraite et à laquelle adhérait un fragment alvéolaire, a trouvé ces corps glandulaires remplis de microorganismes. Il ne fallut pas davantage à notre éminent confrère pour attribuer à ces corps épithéliaux un rôle important dans l'évolution de la pyorrhée alvéolaire.

« Il semble fort certain, dit-il, que la maladie que j'ai décrite sous le nom de péricémentite phagédénique ait son siège dans ces glandes ».

On reconnaîtra sans doute une certaine précipitation dans les appréciations du professeur américain ; l'observation qu'il rapporte ne saurait, à elle seule, suffire à étayer une doctrine pathogénique.

Le Dr Kirk, bien qu'estimant la démonstration insuffisante, n'en est pas moins disposé à accepter les conclusions de Black, et il recherche dans les faits d'ordre biologique et clinique des éléments de soutien en faveur de cette thèse. Les débris paradentaires, dit-il, sont des formations résiduelles, caduques. Ils sont donc doués d'une résistance amoindrie aux agents pathogènes. C'est là le locus minoris resistentiæ, proie toute prête à l'action des microorganismes de la pyorrhée. Kirk entoure ses assertions de toutes les réserves qui s'imposent et forme le vœu que des recherches nouvelles viennent éclairer ce sujet.

Quand on étudie sur de nombreuses préparations les modifications histologiques qu'engendre la pyorrhée, on ne peut se défendre d'un sentiment de surprise en voyant l'im-

---

1. G. V. Black. *Dental Cosmos*, 1899, page 110.

portance considérable qu'y occupe l'élément épithélial et en particulier les débris paradentaires. La prolifération épithé-

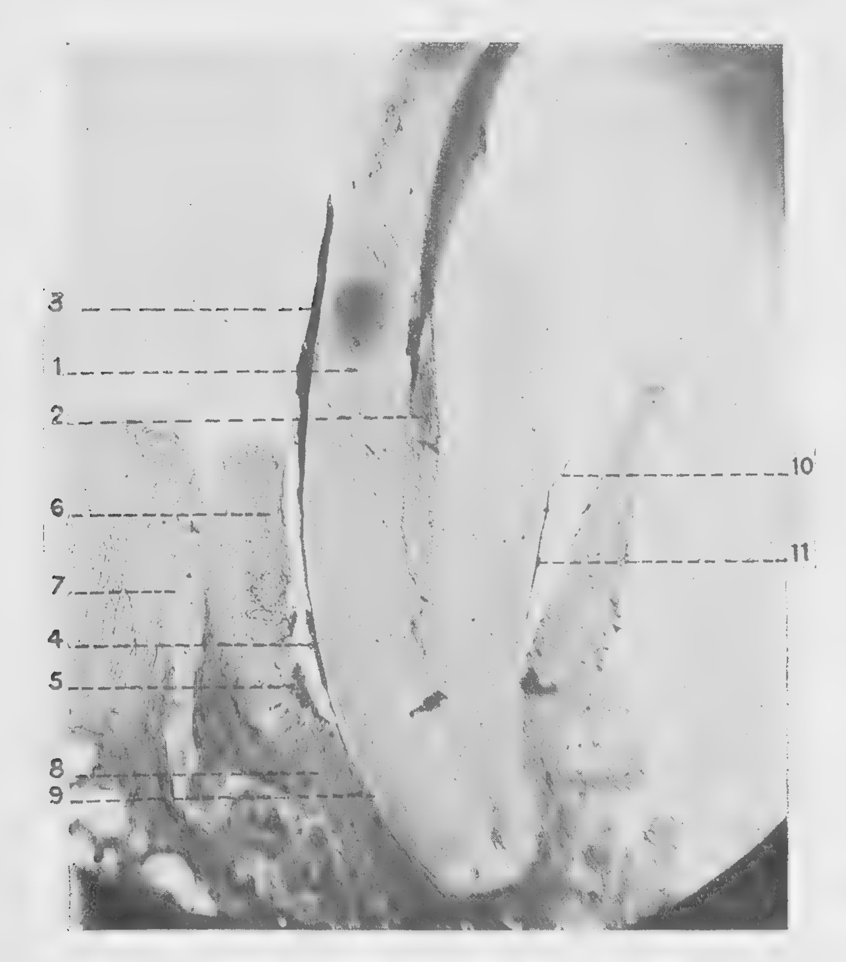


Fig. n° 1. — Coupe colorée au gram et à l'éosine. — 1. Dentine. — 2. Pulpe. — 3. Plaque microbienne fortement colorée par le gram et le violet de gentiane, s'étendant jusqu'au fond de la poche pyorrhéique. — 4. Même plaque microbienne au fond du sac. — 5. Foyer microbien. — 6. Fibro-muqueuse altérée : seule, la face interne permet de discerner une traînée formée d'éléments microbiens ; tout le reste du tissu est indemne. — 7. Paroi alvéolaire refoulée par la prolifération conjonctivo-épithéliale. — 8. Ligament alvéolo-dentaire élargi. — 9. Cément. — 10. Plaque microbienne détachée de la surface de la dent en continuité avec la plaque formant membrane en 11.

liale y est tellement abondante que l'esprit en est hanté et l'on peut comprendre que certains auteurs soient allés jus-

qu'à leur attribuer un rôle quasi spécifique dans l'évolution du processus pyorrhéique. J'en étais personnellement fort impressionné et plus d'une fois je me suis demandé s'il ne fallait pas y voir autre chose qu'un simple détail morphologique.

Les idées de Black et de Kirk, dont l'autorité en Amérique est considérable, m'ont déterminé à étudier d'une manière spéciale ce point particulier d'anatomie pathologique.

Je me suis donc proposé de rechercher si les formations épithéliales paradentaires constituaient un tissu particulièrement destiné à accueillir et à retenir la flore microbienne de la pyorrhée. En d'autres termes il fallait étudier la distribution des germes dans les tissus atteints de cette affection.

Pour mettre en évidence les microorganismes dans les coupes de tissus atteints de pyorrhée j'ai eu recours aux procédés classiques :

1° Coloration par le Gram.

2° Coloration par le Gram combiné à l'hématéine ou à l'éosine.

3° Coloration au bleu de Loefler différencié par le tanin pour les bactéries qui ne prennent pas le Gram.

Mes recherches ont porté sur les maxillaires de chiens pyorrhéiques. Les tissus atteints d'altérations au divers degré furent coupés selon l'axe transversal ou horizontal des dents.

La coloration par le Gram donne des résultats nets, précis. Les microorganismes fortement colorés en violet se détachent sur le fond de la coupe restée incolore, mais permettant cependant de discerner la structure des tissus.

La localisation des germes est alors facile à suivre même sans immersion et avec des objectifs de moyenne puissance.

Ils sont fort abondants dans les débris de tissu nécrosé qui flottent dans le cul-de-sac pyorrhéique. On les y trouve toujours à profusion. Mais le lieu d'élection par excellence paraît être la surface dénudée de la racine depuis le collet de la dent jusqu'au fond de la poche suppurante. Ils se présentent ici massés en couche épaisse, compacte, sorte

de membrane de revêtement que l'on peut détacher en bloc sans la désagréger, ainsi que j'ai pu le faire sur plusieurs préparations. Particulièrement tassés au niveau du collet et à l'entrée de la poche, leur nombre diminue progressive-

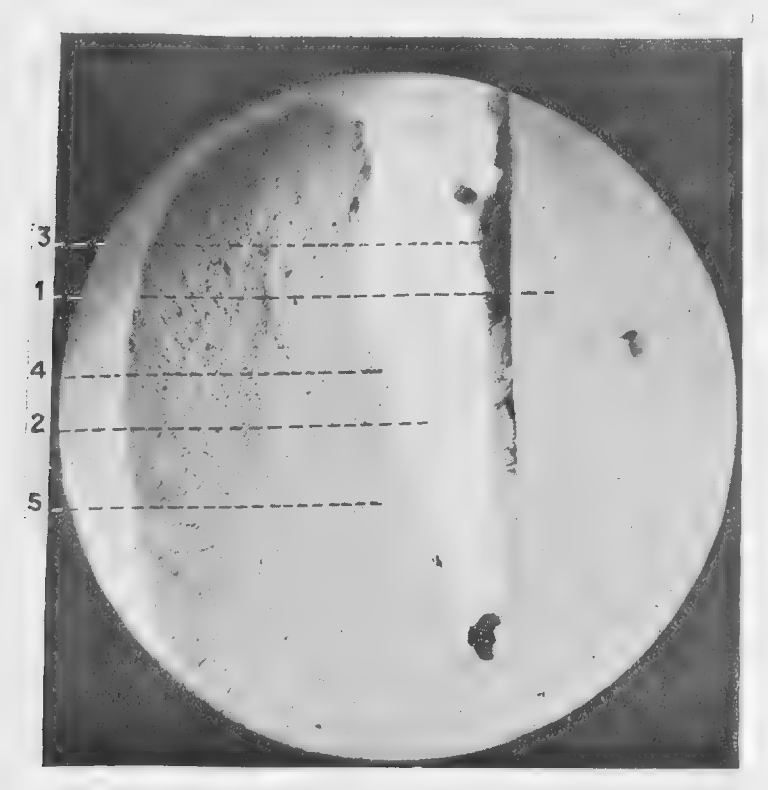


Fig. n° 2. — Coupe colorée au gram seul. Pyorrhée du début. — 1. Dent. — 2. Espace péricervical. — 3. Masses microbiennes, résidu du tartre après décalcification. — 4. Légère traînée microbienne. — 5. Fibro-muqueuse indemne de tout foyer microbien.

ment à mesure que l'on approche de la zone du tissu non altéré. Ce sont ces touffes microbiennes, agglomérées avec quelques éléments minéraux provenant de l'exsudat des tissus enflammés et aussi de la salive, qui constituent le tartre des pyorrhéiques. Aux endroits où le cément n'est pas entièrement dénudé et où subsistent encore les fibres dégénérées du ligament, les microorganismes s'infiltrent entre ces fibres ; mais ici encore c'est toujours vers la racine qu'ils tendent à s'agréger de préférence.

La substance du cément s'est montrée constamment envahie dans la zone superficielle, sauf dans le cas où la résorption met à découvert les couches profondes du cément.

Le segment de la paroi de la poche pyorrhéique formée par le tissu fibro-muqueux est également infiltré de germes. Ceux-ci sont irrégulièrement distribués : d'habitude plus massifs vers le bord libre de la gencive, ils sont plus discrets à mesure que l'on remonte vers la région apicale.

Sur de nombreuses préparations que j'ai examinées je n'ai guère pu discerner la présence des microbes dans l'épaisseur du tissu gingival. Je les ai vus surtout tapisser, pour ainsi dire, la face interne de la poche. Exceptionnellement on rencontre des groupes microbiens dépassant les couches superficielles. Cette constatation ne suffit point à écarter le danger d'une infection profonde. En effet, la poche pyorrhéique est loin d'être régulière ; souvent elle est tomenteuse, pleine d'anfractuosités[1] ; elle donne naissance à des diverticules multiples qui s'insinuent profondément dans le tissu fibro-muqueux. Nous avons vu les microorganismes longer les parois de ces diverticules jusqu'à leur extrême aboutissement. On conçoit de la sorte le mécanisme de production des accidents aigus qui surviennent quand l'un de ces diverticules se trouve obstrué par un obstacle quelconque.

Comment se comportent les microorganismes à l'égard de ces formations épithéliales que Black et Kirk supposent être le siège spécifique de l'infection pyorrhéique ?

Parti avec l'idée d'apporter la justification de l'hypothèse de nos éminents confrères américains, j'arrive à exprimer une opinion toute différente. Aucune de mes préparations, et plusieurs d'entre elles sont nettes, démonstratives, ne m'a permis de reconnaître au corps glandulaire de Black une tendance, une prédisposition particulière à fixer l'élément infectieux dans le cours du processus pyorrhéique.

---

1. J. Mendel, Communication à la Société anatomique de Paris, séance du 23 janvier 1914.

Mes observations m'ont conduit à admettre que les débris épithéliaux de la membrane péri-dentaire (je ne parle pas ici des débris épithéliaux disséminés dans le tissu gingival) sont étouffés et détruits par la formidable poussée d'infiltra-



Fig. n° 3. — Coupe colorée au gram seul. Pyorrhée très avancée. — 1. Racine. — 2. Gros paquet microbien résidu du tartre décalcifié. — 3. Placards microbiens recouvrant la racine. — 4. Foyers microbiens siégeant au bord libre de la gencive ; celle-ci n'est rattachée à la racine que par un pédicule étroit. — 5. Fibro-muqueuse non infectée au delà de la zone précédente.

tion leucocytaire bien avant le moment où les microorganismes sont dans la possibilité de les atteindre.

Sans doute dans la progression lente, torpide du processus pyorrhéique, il peut bien arriver qu'une ou même plusieurs de ces formations épithéliales soient accidentellement envahies par les germes. Il n'y a là rien qui puisse surprendre, bien que nous n'ayons pas eu l'occasion d'observer ce fait.

REVUE DES REVUES

DÉVELOPPEMENT DES MAXILLAIRES PAR RAPPORT A LA SUTURE MÉDIANE

Par MARTIN DEWEY, de Kansas City (Etats-Unis d'Amérique).

On a beaucoup discuté sur la question de l'ouverture de la suture médiane et plusieurs opinions sont en présence.

Les éléments cliniques sont la principale preuve que nous possédons en faveur de l'ouverture de la suture médiane. Or, à mon avis, il n'est pas de preuves plus sujettes à l'erreur. Mon opinion touchant l'ouverture de la suture intermaxillaire, prémaxillaire ou médiane est une opinion moyenne : je ne prétends pas que la suture médiane ou les sutures médianes entre les deux moitiés du maxillaire ne peuvent pas être ouvertes, pas plus que je ne prétends qu'il faille le faire. Quelle preuve a-t-on qu'on peut ou non l'ouvrir ? Si on peut, quel avantage et quel inconvénient en résultent ? Y a-t-il danger de développer les moitiés du maxillaire, et cela équivaut-il à développer les deux moitiés de la face ? Que deviendront les os et les cartilages qui forment l'ouverture du nez ? Que deviendra le vomer ? Se projettera-t-il entre les moitiés du maxillaire ? Qu'adviendra-t-il du tissu conjonctif situé entre ces deux moitiés ou les reliant ?

Après avoir réfléchi à ces questions, une étude anatomique des parties, non seulement sur des spécimens secs, mais sur des spécimens frais peut seule apporter quelque clarté.

Quelques-uns ont prétendu que la suture est une région connue comme siège du développement osseux. Or, il n'a pas été prouvé que l'os se développe plus rapidement dans la région des sutures qu'ailleurs. Je me suis livré à un grand nombre d'études sur des crânes humains d'embryons et d'adultes, et je n'ai rien trouvé pouvant me faire croire qu'il y a un développement plus grand dans la région des sutures.

La solution de la question des avantages possibles à tirer de l'ouverture de la suture médiane me semble dépendre du développement osseux. Si, en ouvrant la suture médiane, nous obtenons un développement d'os que nous ne puissions pas obtenir autrement, l'opération doit être faite.

Pour comprendre le développement osseux, voyons d'abord le développement de l'os endochondral, ou os qui est primitivement un cartilage. La 1re phase de la formation osseuse est le dévelop-

pement du cartilage provenant du mésoderme, ressemblant beaucoup au cartilage hyalin. Puis les cellules cartilagineuses subissent un rapide changement, les nucléoles semblent dégénérer et se placer en rangs et la substance intercellulaire se calcifie. Cela donne une matrice cartilagineuse calcifiée sur laquelle se forme l'os propre. Il y a ensuite formation en dedans d'un vaisseau sanguin du périchondre, amenant avec lui un certain nombre de cellules embryonnaires divisées en deux classes: les unes peuvent absorber cette matrice ; ce sont les ostéoclastes ; les autres forment de l'os ; ce sont les ostéoblastes. Les premiers absorbent une partie de la matrice et sur le reste de celle-ci se dépose l'os lui-même qui forme les canaux primaires de Havers. L'espace entre ces systèmes est constitué par la matrice. A l'extérieur de cet os, le périchondre est changé en périoste et, aussitôt que l'os commence à se former sur la matrice, l'augmentation de diamètre de la matrice est assurée par la formation d'os sous-périostal par le périoste. Les changements survenant dans le cartilage pendant la calcification du cartilage, l'apparition des canaux de Havers de nouvelle formation avec la matrice cartilagineuse calcifiée se reconnaissent aisément au microscope.

Or, s'il y avait un cartilage entre les deux moitiés du maxillaire dans la région de la suture, on pourrait s'attendre à un développement osseux ; mais il n'y a pas de cartilage à cet endroit et il n'y a pas d'endroit dans le maxillaire montrant que le développement du maxillaire se produise par le procès endochondral, de sorte qu'il n'y a pas d'espoir de trouver dans le plan d'ouverture de la suture une formation d'os dans la région de la suture comme on en trouve à l'endroit des cartilages des épiphyses.

Le développement osseux à considérer ensuite est la forme intra-membraneuse, celle où l'os est déposé directement dans le tissu conjonctif, c'est-à-dire dans le tissu conjonctif embryonnaire ou tissu mésodermique. Le maxillaire est formé du bourgeon maxillaire de la première arcade branchiale, et la portion maxillaire de cette arcade se développe complètement comme bourgeon de tissu conjonctif. Dans la mâchoire inférieure il y a le cartilage de Meckel, mais aucune portion de ce cartilage ne se transforme jamais en os dans la région de cette mâchoire. La première chose qui nous frappe dans la formation de l'os intramembraneux est une collection de cellules, grandes et rondes, qui se distinguent aisément au microscope des cellules environnantes.

Puis survient la formation d'un îlot d'os par ces cellules rondes ou ostéoblaster. Cependant une zone d'ossification semble augmenter dans un sens et la zone voisine dans un autre, donnant un certain nombre de processus osseux ou centres d'ossification. Ces foyers

osseux se multiplient et augmentent de dimension jusqu'à ce qu'ils s'unissent l'un à l'autre, laissant entre eux des espaces moelleux primaires qui sont remplis par une substance semblable à la moelle des os longs. Les espaces sont remplis par les restes du tissu embryonnaire avec lequel sont formés les os, tissu contenant un grand nombre d'ostéoblastes et d'ostéoclastes. Il est toujours possible pour ces cellules de développer de l'os dans cette région. Dès que la zone d'ossification a atteint une certaine étendue il se forme, à la surface de l'os, du tissu conjonctif qui est le périoste. La croissance rapide de l'os qui cause l'augmentation de dimension des os de la face est le résultat de l'activité des ostéoblastes dans la couche ostéogénique du périoste. Mais il y a dans l'os, dans les espaces moelleux de l'os des ostéoblastes qui développent de l'os sous l'influence d'un stimulant convenable et des ostéoclastes qui sous le stimulant voulu causent la résorption de l'os ; on a ainsi la masse entière d'os intramembraneux et, à l'extérieur, des ostéoblastes aptes à former de l'os, de sorte que nous n'avons pas besoin de considérer la suture comme la région connue du développement osseux ou d'espérer que notre succès dans l'expansion des arcades réside dans l'ouverture de la suture pour amener la formation d'os dans cette région.

Le développement des mâchoires et de la face peut se comprendre en considérant la formation intramembraneuse de l'os. Les ostéoblastes s'amassent toujours sur le côté de l'os vers lequel il y a la plus grande formation. L'examen de spécimens relatifs au changement d'aspect facial entre l'enfant et l'adulte montre que la seule façon dont le maxillaire peut se former est par développement sous-périostal. Il ne peut pas se produire dans la région de la suture de développement susceptible de changer la face d'un enfant en face d'adulte. Le développement d'une mâchoire inférieure ne peut se produire que par le développement d'os sur le côté labial et la résorption osseuse sur le côté lingual.

Dans une section pratiquée dans le processus alvéolaire autour d'une molaire, on constate que l'os se développe du côté labial de la plaque labiale, et du côté lingual de la plaque labiale les ostéoclastes de la membrane péridentaire produisent une résorption. Quand la dent fait éruption, elle est entraînée au dehors par la croissance de l'os, qui produit aussi une plus grande largeur du maxillaire et de l'espace nasal. L'os est plus dense sur le côté vers lequel l'activité du développement osseux se produit tandis que, du côté lingual, l'os est résorbé dans une telle mesure qu'il y a de grands espaces médullaires. Des canaux traversent également l'os en portant des vaisseaux sanguins et des cellules embryonnaires. C'est par le développement sous-périostal de l'os que les

maxillaires supérieur et inférieur augmentent de dimensions et changent de forme. Il n'est pas possible que la face d'un enfant de 9 mois se transforme en celle d'un adulte par le développement osseux dans la région de la suture. Cette transformation est le résultat du développement osseux que j'ai décrit et ce développement est produit par les influences stimulantes de la nature. Si la nature n'exerce pas cette stimulation, celle-ci peut être fournie par un appareil de redressement convenable.

J'ai fait une série de coupes dans la suture médiane d'un certain nombre de crânes adultes provenant de la salle de dissection et dont l'âge n'est pas exactement connu. Il est très difficile de décalcifier des coupes provenant de cette région suffisamment pour avoir un spécimen assez mince permettant d'obtenir une bonne microphotographie. La suture médiane ne se ferme pas aussitôt qu'on pense ; je ne crois même pas qu'elle se ferme jamais ; je veux dire qu'il n'y a jamais une attache osseuse du prémaxillaire droit avec le gauche. L'os ne remplit jamais la suture suffisamment pour la fermer, car au microscope on découvre une mince couche de tissu conjonctif blanc, dépourvu d'élasticité, entre les deux prémaxillaires, et rattachant les os ensemble. Les fibres de ce tissu passent du droit au gauche et sont enchassées dans l'os de manière à relier les os entre eux. Je n'ai jamais découvert de cellules ostéoblastiques. Je sais que chez les sujets jeunes on trouverait beaucoup d'ostéoblastes dans le tissu conjonctif entre les maxillaires droit et gauche et entre les prémaxillaires droit et gauche. On ne trouve pas de preuve de couche ostéogénique du périoste dans le tissu conjonctif entre les maxillaires comme on en trouve dans le périoste recouvrant l'os ailleurs. Il n'y a rien dans le tissu conjonctif de la suture qui puisse faire supposer une rapidité de développement osseux plus grande qu'ailleurs. L'aspect de l'os et du périoste pourrait laisser croire à une activité de formation osseuse plus grande du côté buccal et nasal de la suture que dans la suture elle-même. Les maxillaires ou les prémaxillaires droit et gauche ne s'unissent jamais par union osseuse, car il y a toujours du tissu conjonctif entre l'os droit et l'os gauche. Les os peuvent s'approcher l'un l'autre si intimement qu'il y ait une sorte d'effet d'engrènement ou de queue d'aronde qui les unisse mécaniquement. Il n'y a pas de cartilage entre l'os droit et l'os gauche comme dans l'épiphyse des os longs ; s'il y en avait on pourrait s'attendre à un développement osseux dans cette région par ouverture de la suture. Cependant comme la suture est remplie de tissu conjonctif, dont la principale fonction est de maintenir les os réunis, je ne vois pas pourquoi on s'attendrait à un développement osseux plus grand en déchirant le tissu

conjonctif de l'os que par une expansion graduelle des arcades dentaires. Les dents sont la cause du développement de l'os qui les supporte, et le nez se développe de ce qui était une partie de la cavité buccale ; on voit dès lors pourquoi la force exercée sur les dents provoque un développement dans des parties très éloignées de ces dents.

Pour étudier les changements survenant dans la tentative pour ouvrir la suture j'ai expérimenté sur des chiens âgés de 2 ans environ bien que la denture du chien diffère beaucoup de celle de l'homme, mais je n'ai pu me procurer de singe, animal dont la denture ressemble le plus à celle de l'homme.

Chez le chien les deux moitiés de la mâchoire inférieure ne s'ossifient jamais entièrement ; le tissu conjonctif qu'on trouve dans la suture des prémaxillaires et des maxillaires de l'homme réunit ces deux moitiés. Quand on prépare une pièce anatomique ces deux pièces se séparent toujours. S'il était possible et facile d'ouvrir une suture, en plaçant des appareils sur les canines inférieures et en exerçant de la tension sur ces dents, en peu de temps on ouvrirait la suture entre ces deux moitiés. Or, après avoir placé des bagues sur ces canines et attaché des tubes à ces bagues de façon à produire un mouvement des canines en masse et après avoir agi pendant 85 jours, je constatai que les dents s'étaient déplacées dans un sens presque vertical, mais ne trouvai nulle trace d'une suture ouverte. Quand les animaux furent sacrifiés, je constatai que les sutures des sujets expérimentés étaient plus fermées que celles des sujets témoins. Cela prouve que la force exercée sur les dents avait amené un développement osseux autour des fibres du tissu conjonctif pour maintenir les os unis et non pour augmenter la distance entre les deux moitiés de la mâchoire inférieure. Il y avait un grand développement osseux autour des canines, car chaque canine s'était déplacée de plus de 3 mm. et cependant n'était pas sortie du procès alvéolaire. L'os s'était développé du côté lingual de la canine tellement que les dents déplacées étaient plus serrées que celles qui n'avaient pas été déplacées. Il est hors de doute que l'appareil de redressement avait développé de l'os. Cependant ce développement osseux n'est pas la solution finale de la rétention des dents car si les forces d'occlusion ne sont pas exactement les mêmes que celles exercées par les appareils de rétention, l'os sera de nouveau résorbé et les dents seront ramenées à leur ancienne position. Je fais de nouvelles expériences à cet égard. Il se développa de l'os non seulement autour des dents portant les appareils, mais aussi autour d'autres dents qui s'étaient déplacées ; il s'en développa également dans le maxillaire jusqu'à la première molaire, qui, chez le chien, est à 75 mm. des canines.

En essayant d'ouvrir la suture médiane du maxillaire supérieur chez le chien, les canines offrirent un excellent ancrage. L'avantage est en faveur de l'ouverture de la suture, parce que chez les animaux il y a une distance plus grande de l'arcade zygomatique qui permettrait à la suture de s'étendre dans la région antérieure plus aisément que chez l'enfant. Les appareils furent placés de façon à produire un mouvement des dents en masse. Des bagues furent placés sur les canines avec des tubes parallèles au grand axe de la dent, et des arcs furent employés. La tension était plus grande qu'elle peut l'être chez l'enfant. L'appareil n'eut pas d'inconvénient et les animaux n'éprouvèrent aucune douleur. Ils étaient toujours contents de manger la nourriture qu'on leur donnait ; mais pour ne pas endommager les appareils on s'abstint de leur donner des os. Ils engraissèrent tous pendant l'expérience.

En sacrifiant les animaux et en les comparant avec les six sujets témoins quelques-uns des résultats obtenus étaient vraiment surprenants. Pendant les 85 jours qu'a duré l'expérience nous n'avons rien observé qui fît supposer que nous allions ouvrir la suture et, quand le spécimen fut préparé, nous constatâmes non seulement que la suture n'était pas ouverte, mais encore qu'elle était plus fermée que chez les chiens sur lesquels nous n'avions pas opéré. De plus, il s'était développé de l'os dans le voisinage des fibres conjonctives qui forment le tissu trouvé dans la région de la suture de manière à unir l'os, mais non à augmenter la largeur des parties. L'aspect du maxillaire montre qu'il y avait eu croissance de l'os dans le maxillaire entier partout où il y avait de la moelle dans les espaces médullaires. La forme du maxillaire avait changé, ce qui prouve péremptoirement que l'élargissement de l'arcade dentaire change la voûte de la bouche ou l'arcade palatine. L'os se développe autour des canines supérieures comme autour des inférieures, sur le côté lingual et labial de la dent, la plaque labiale d'os se développant aussi rapidement que la dent se mouvait et elle était aussi épaisse sur les dents ayant bougé que sur celles qui n'avaient pas bougé. De plus, au maxillaire inférieur, l'os du côté lingual de la dent se développait aussi rapidement que la dent se déplaçait vers le dehors. Les dents furent déplacées plus rapidement qu'elles peuvent l'être chez un enfant, et l'os s'était développé contre la dent. Je crois que dans les cas que nous traitons l'os se développe beaucoup plus rapidement que nous ne pensons et que la solution de la rétention n'est pas d'obtenir une croissance de l'os autour des dents quand nous les retenons ou quand nous les déplaçons, mais d'établir les forces normales d'occlusion, et tant que nous n'aurons pas les six forces d'occlusion les dents ne seront pas maintenues en position fixe. L'os s'était développé autour des

dents autour desquelles il n'avait pas été exercé de pression. Chez les chiens dont les dents n'avaient pas été redressées, toutes celles-ci tombèrent quand le crâne fut nettoyé, mais chez les chiens opérés toutes les dents étaient serrées et elles ne tombèrent pas



quand le crâne fut nettoyé ce qui prouve qu'il y avait eu développement osseux même aux points très éloignés de l'appareil de redressement. Il a été observé en clinique que quand on déplace une dent les dents adjacentes la suivent ce qui n'est pas uniquement le résultat du déplacement de l'os ou de l'alvéole, mais est aussi dû au développement de la cellule.

Les animaux dépourvus d'appareils présentaient une crête d'os faisant saillie lingualement, tandis que chez les autres cette crête avait été absorbée, ce qui est une nouvelle preuve que le palais change en raison de l'effort exercé sur les dents. Il faut se rappe-



ler que le tissu recouvrant la voûte buccale est du muco-périoste, composé de la membrane muqueuse de la bouche et du tissu périoste dans ce voisinage. Dans le muco-périoste les fibres sont adhérentes à l'os et leur grand nombre fait un revêtement dépourvu d'élasticité. Elles communiquent avec celles de la membrane péridentaire, dépourvue également d'élasticité. L'os change plus rapi-

dement que ces fibres. En conséquence, quand un effort est exercé sur les dents et transmis par la membrane péridentaire aux fibres de la voûte buccale, on constate les changements observés chez les chiens et chez les patients.

Conclusions.

1° L'ouverture de la suture est plus difficile qu'on ne le suppose.

2° Les preuves fournies en faveur de cette ouverture ne sont pas assez positives pour prouver que la suture ait jamais été ouverte.

3° Il n'existe aucune preuve histologique de nature à faire croire que l'os se développe plus rapidement dans la région de la suture qu'ailleurs.

4° Le développement de la face chez l'enfant pour devenir adulte ne peut être produit par l'adjonction d'os à la suture.

5° Le développement osseux sous-périostal est la cause des changements survenus dans le développement de la face et le mouvement des dents.

6° Il n'y a pas dans la région de la suture de cartilage pouvant causer un développement semblable à celui qu'on rencontre dans les centres épiphysaux.

En résumé, je suis convaincu, après mes expériences et mes études anatomiques que l'effort exercé sur les dents quand on essaye d'ouvrir la suture cause seulement un développement osseux dans le maxillaire tout entier et les espaces du nez, ce qui explique les modifications chez les individus.

LA THROMBINE (PROTAGULINE) EN DENTISTERIE

Par G. T. Goldie.

La protaguline est une préparation contenant la thrombine, qu'on croit avoir la propriété de coaguler le sang ; c'est donc entre les mains du dentiste une arme nouvelle pour arrêter les hémorragies.

Dans le cycle des événements qui amènent la coagulation certains corps sont appelés à la vie par un changement physico-chimique et quand le sang est fraîchement répandu, les substances suivantes sont présentées :

I. Fibrinogène du plasma.

II. Thrombokinase des globules blancs et des plaquettes de sang et cellules de tissu lésé.

III. Prothrombine, comme précurseur de la thrombine et toujours associée au fibrinogène.

IV. Sels de calcium du plasma.

V. Antithrombine dont la présence dans le sang se démontre par des expériences au microscope.

VI. Globules.

Les idées actuelles quant à la coagulation sont les suivantes :

(1) La protothrombine, en présence de la thrombokinase et du calcium se change en thrombine.

(2) La thrombine et le fibrinogène forment la fibrine.

(3) La fibrine et le globule forment la caillot.

Il en résulte que la coagulation est la 3e phase de l'action et que le premier facteur est la thrombine.

La thrombine est ce qu'on appelait *ferment de la fibrine*, expression abandonnée comme impropre; elle donne des réactions de protéine; c'est donc une protéine probablement de la nature du peptone.

Elle se prépare de la façon suivante (méthode de Gamgee) : On bat du sang frais pour obtenir de la fibrine, on lave celle-ci dans l'eau jusqu'à disparation de la couleur rouge, on enlève l'eau en filtrant et l'on traite par une solution de chlorure de sodium à 5 o/o. Collingwood a modifié ce procédé en stérilisant de manière à obtenir des résultats négatifs avec la culture agar-agar. Dans le liquide clair ainsi obtenu la thrombine n'est pas en solution, mais en molécules finement divisées et tenues en suspension. En outre de la thrombine il y a d'autres molécules de protéine plus grosses et plus lourdes qui tombent au fond sous forme de précipité floconneux, quand le liquide est préparé depuis plusieurs heures. Ce n'est pas une décomposition et cela n'amoindrit pas le pouvoir coagulant. Collingwood croit que ce précipité floconneux tend à préserver la thrombine de tout changement organique et, en fait, celle-ci conserve son activité physiologique et ses propriétés hémostatiques pendant deux mois environ.

J'ai dit qu'il faut la présence de trois agents pour la coagulation, la prothrombine, le calcium et la thrombokinase. Les deux premiers se trouvent dans le sang en circulation; le troisième s'obtient en lésant les vaisseaux. Cela semblerait dire que la coagulation ne peut se produire que quand un vaisseau est coupé et ne le peut pas dans un appareil circulatoire intact, mais il n'en est pas ainsi. Cliniquement on sait qu'elle se produit sans lésion externe dans l'anévrisme, la phlébite et autour des valves cardiaques après une fièvre de rhumatisme, etc. Pourquoi cette coagulation, une fois commencée, n'envahit-elle pas tout le système vasculaire ? Parce qu'elle est arrêtée par une anti-thrombine dont la présence dans la circulation normale est connue maintenant. Cette anti-thrombine est sans doute associée à de l'*hirudine*, qui se forme dans la tête de la sangsue et qui, dans l'emploi de la sangsue, retarde la

coagulation et produit son effet comme remède phlébotomique.

L'antithrombine physiologique est sécrétée par le foie et suffit pour agir avec des faibles formations de thrombine, comme il s'en produit dans la phlébite et les thromboses artérielles. Sa présence et sa fonction sont démontrées par l'injection dans la veine d'un lapin de 1 cc. de solution de thrombine : il n'y a pas là de coagulation intravasculaire la thrombine étant détruite par l'antithrombine. L'existence l'antithrombine peut également être décélée par le microscope.

L'hémophilie est primairement le résultat d'un retard dans la coagulation du sang dû à l'absence d'un des 3 facteurs précités. Le sang normal se coagule en 5 à 10 minutes (6 minutes). Le sang hémophilique se coagule entre 15 et 90 minutes.

Le défaut de ce dernier consiste dans le manque de thrombokinase, ses précurseurs, les plaquettes étant absents et les leucocytes moins nombreux. L'adjonction de leucocytes à ce sang le fait rapidement coaguler parce que la thrombokinase dérivée ajoutée ainsi complète avec le calcium et la prothrombine, déjà présents, les trois facteurs nécessaires à la coagulation.

L'action du lactate de calcium, si action il y a, est due à son pouvoir vaso-constricteur et non à ce que c'est un coagulant. Il n'est pas prouvé qu'il y ait insuffisance de calcium dans le sang hémophilique et il est hors de doute que l'administration de cet agent amène une diminution de la teneur en calcium.

Collingwood a démontré quand il a été administré du calcium pendant plusieurs jours à un patient, le sang de celui-ci se coagule plus lentement ; de plus, l'addition au sang de thrombine, contenant du calcium et de calcium à l'état libre amène une coagulation rapide dans les deux cas, ce qui prouve que, sauf qu'il provoque la série des faits dans la coagulation normale, il n'a aucune valeur comme coagulant.

Il n'y a pas d'hémorragie survenant dans notre pratique journalière à laquelle la thrombine ne soit pas applicable. Mon expérience personnelle de la protaguline n'est que de 3 semaines, mais dans le curettage, la pyorrhée, l'excision des bourgeons gingivaux, le traitement des perforations radiculaires, etc..., j'ai obtenu des résultats que m'a donnés aucun autre styptique, et cela instantanément. Son champ d'application le plus vaste est à la suite des extractions.

(*Dental Record*, juin 1913.)

REVUE ANALYTIQUE

L'anesthésie locale en dentisterie, en particulier avec la novocaïne.

L'anesthésie locale par l'injection de novocaïne-suprarénine mérite d'être essayée sérieusement par tout dentiste et elle sera un bien si les précautions voulues sont observées et la technique de l'injection suivie.

Dans l'état actuel de perfection de l'anesthésie locale, on doit toujours examiner si elle est possible avant de recourir à l'anesthésie générale et non par le contraire. L'anesthésie locale est praticable aussi bien chez le praticien que chez le patient. L'anesthésie générale dans des conditions difficiles ou dans des milieux défavorables entraîne des inconvénients et des risques infinis et son succès final est acheté trop cher quand on sait que pour les opérations dentaires l'anesthésie locale à la novocaïne peut s'obtenir avec grande satisfaction.

(R. Reithmuller, *Dent. Cosm.*)

Ophtalmie métastatique consécutive à une extraction.

Une molaire inférieure droite très cariée fut extraite à une jeune fille et vint en trois morceaux. Pas d'œdème de la face ni de suppuration après l'opération. Deux jours plus tard la patiente devint fiévreuse et eut des vomissements; la fièvre dura deux jours. Le cinquième jour après l'extraction, l'œil droit se couvrit d'une taie et la pupille devint jaune gris. Le lendemain le médecin diagnostiqua un herpès fébrile labial et une angine catarrhale, et dans l'œil droit un hypopion ; pas de signe d'inflammation autour de l'alvéole, pas d'enflure, pas d'ulcération. Des troubles visuels provenant de causes dentaires sont généralement amenés par des suppurations provenant de l'œil par thrombophlébite.

(*Wien. Klin. Wochens.*)

Les anomalies des troisièmes molaires inférieures.

On peut diviser ces anomalies en cinq groupes, comme suit :

1° Anomalies de déviation, dans lesquelles la troisième molaire a été découverte dans diverses parties de la branche montante ;

2° Anomalies de position dans lesquelles la couronne de la dent bascule en avant, en arrière, à l'intérieur, rarement à l'extrémité, en inversion totale ;

3° Anomalies 1 et 2 combinées ;

4° Anomalies 2 produisant la rencontre à différents degrés contre la face postérieure de la seconde molaire et amenant la résorption des racines et l'exposition de la pulpe de la dent;

5° Anomalies par défaut de force d'éruption.

Ces dernières sont aussi intéressantes que communes. La douleur et une grande gêne amènent le patient à se faire soigner de sorte que quelques notes brèves sur le traitement à appliquer en pareil cas peuvent être de quelque utilité.

Cette anomalie semble provenir d'une simple insuffisance de force éruptive, par laquelle la dent, normale à tous autres points de vue, non incluse, ou contrainte par le manque d'espace, reste dans le *statu quo*, la partie antérieure de la couronne visible et le reste couvert par la gencive, laquelle étant libre à son bord antérieur forme une poche au-dessus d'une partie ou de la totalité de la partie postérieure de la couronne de la dent. Cette dent ne pouvant remplir sa fonction reste exposée aux effets de l'accumulation, dans la poche, des débris d'aliments qui produisent de l'infection puis une gingivite locale chronique pouvant s'étendre au ligament alvéolo-dentaire, et, comme on peut le remarquer dans les dents extraites, l'exostose des racines.

Cet état chronique à évolution lente est aggravé par de nombreuses exacerbations aiguës : l'une de ces dernières offre le tableau clinique suivant :

Douleur et gêne dans la région de la troisième molaire inférieure; légère altération du mouvement de la mâchoire. Les glandes sous-maxillaires peuvent être légèrement hypertrophiées et tendues. La gingivite autour de la dent et du lambeau gingival, descendant au palais mou au pilier antérieur cause un léger mal de gorge. La partie visible de la troisième molaire cède sous la pression. Le bord antérieur libre du lambeau gingival est tendu et douloureux. La troisième molaire supérieure, si elle existe, peut empiéter sur la gencive enflée. Il peut y avoir eu des crises antérieures qui se sont calmées sans aucun traitement.

Cet état cependant doit être traité car il expose à une cellulite de la région cervicale avec angine de Ludwig et trismus.

Pour le traitement, l'opérateur doit avoir égard à l'état général du patient. Dans le cas de trismus permanent avec manifestations d'inflammation profondément située, suppuration autour des dents et signes d'absorption septique chez le patient, il faudra procéder sans délai à l'extraction de la dent. D'un côté dans les cas simples avec douleur et gêne seulement, purement locales, le traitement consistera dans l'ablation du lambeau gingival et l'extirpation de la poche. Cette cavité sera lavée abondamment avec une solution faible de peroxyde d'hydrogène chaud, à l'aide d'une seringue fine, et le bord libre des lambeaux sera touché avec du nitrate d'argent fondu sur une aiguille de platine. Si ce traitement est continué journellement, la cavité sera détruite graduellement, et la gencive qui recouvre la dent sera peu à peu détruite par le caustique. La dent sortira du maxillaire à condition qu'elle ne soit pas gênée par une troisième molaire supérieure allongée. Il sera préférable d'employer un caustique doux plutôt que d'inciser la gencive. Le tissu est alors à l'état d'inflammation chronique et excessivement tendre ; de plus, l'incision tend à se cicatriser avant que le but soit atteint.

L'ablation complète de la gencive à l'aide du bistouri est difficile en

raison de la position des parties intéressées et du léger trismus qui existe ordinairement.

(A. L. WHITEHOUSE, *Labor. et progr. dent., Répert. de Méd.*)

Méthode simple pour construire des obturateurs et voiles artificiels dans les cas de fissure du palais.

On prend une empreinte de la bouche comme pour un appareil ordinaire du haut, sans chercher à obtenir une empreinte de la fissure et de la luette fendue, car même avec du plâtre on ne peut pas obtenir une empreinte exacte et utilisable de ces parties mobiles. Une empreinte exacte des parties restantes du palais dur et de toutes les dents qui subsistent avec une délimitation des bords de la partie antérieure de la fissure, est tout ce qui est nécessaire.

Avec le modèle en plâtre obtenu d'après cette empreinte, on prépare des moules et des contre-moules métalliques pour faciliter l'estampage d'une plaque de cuivre ou de laiton qui représentera approximativement la partie de l'appareil correspondant au palais dur.

Si l'on veut confectionner un obturateur, deux fils de cuivre sont soudés à l'extrémité postérieure de cette plaque du côté nasal, de longueur suffisante pour atteindre presque la paroi postérieure du pharynx lorsque la plaque métallique est en place dans la bouche et d'un écartement juste suffisant pour entrer librement dans la fissure. Les fils de cuivre peuvent être facilement ajustés à la bouche pour correspondre à l'arcade demandée du côté nasal et être de la longueur suffisante dans la direction du pharynx.

On prend ensuite une feuille de cire ordinaire, et on en fixe une partie suffisamment large aux deux fils métalliques du côté nasal, pour former le plancher supérieur. La cire est ajustée en bouche jusqu'à ce qu'elle donne satisfaction. Des côtés en cire sont alors fixés à cette partie, et, par la présentation en bouche, placés de façon à obturer la fissure d'une façon satisfaisante. La paroi palatine en cire et la paroi pharyngienne restent maintenant à fixer à la cire, en prenant soin de reproduire par l'observation et l'essayage la forme de l'arcade palatine manquante. On obtient ainsi un modèle de la forme désirée pour l'obturateur, que l'on place sur le modèle de plâtre obtenu d'abord. En appliquant du plâtre tout autour de la forme en cire (par sections, de préférence) on obtient un modèle de la bouche pour la construction de l'obturateur. La pièce peut être terminée d'après les méthodes ordinaires.

Pour la construction d'un appareil avec voile artificiel, le procédé est le même jusqu'à et y compris la fixation des deux fils métalliques sur la paroi nasale de la plaque. En plus, deux fils plus courts sont soudés à la paroi palatine de la plaque métallique, mais dans ce cas, ils seront suffisamment écartés pour s'étendre de chaque côté de la fissure du palais. Les fils du côté nasal peuvent aussi être écartés de façon à être un peu plus larges que la fissure elle-même. (Lorsqu'on essayera en bouche, on verra que les côtés de la fissure retombent pardessus ces fils).

On fixe une plaque de cire du côté nasal de ces fils, mais plus large

que la fissure de façon qu'elle repose sur les faces supérieures du palais mou partagé. A ce moment, un ajustement soigneux de la cire est fait et facilité par la vue claire de toutes les parties avec l'appareil *in situ*. Le palais en cire est maintenant placé sur les deux fils palatins et devra être suffisamment large pour que l'appareil ne soit pas attiré à travers la fissure. Cette partie du travail terminée, les plaques supérieure et inférieure en cire sont réunies dans la partie centrale en ajoutant de la cire, et l'on peut obtenir un modèle des parties nécessaires comme pour l'obturateur, mais en quatre sections qui peuvent être reproduites en étain suivant les méthodes ordinaires.

(W. Simms, *The Dental Record* et *Laboratoire.)*

Les accidents de l'anesthésie au chlorure d'éthyle.

Ayant à faire anesthésier un malade pour des extractions dentaires multiples, M. Bardet a utilisé la formule suivante :

Chlorure d'éthyle	60
Chlorure de méthyle	35
Bromure d'éthyle.	5

L'anesthésie fut obtenue en faisant respirer le mélange lentement, mélangé à beaucoup d'air. Le sommeil fut cependant obtenu très rapidement en moins de deux minutes et sans agitation ; l'anesthésie dura environ une minute au cours de laquelle sept ou huit dents furent enlevées. Le réveil fut d'une rapidité extrême, à peine le malade ressentit-il un léger sentiment de nausée qui dura peut-être une demi-minute ; il se reposa deux ou trois minutes au cours desquelles il conversa très tranquillement et avec une parfaite lucidité ; il se leva ensuite, put marcher et faire une centaine de pas pour gagner son lit ; il se reposa quelques heures et, à la fin de la journée, il fumait son cigare, ce qui prouve un état général excellent.

Pour préparer le sujet, M. Bardet lui avait administré une demi-heure avant l'anesthésie 6 centigr. d'opium démorphiné ; cette drogue, très sédative et sans effets narcotiques durables, fut suffisante pour calmer le système nerveux, permettre à l'anesthésie de se faire dans les meilleures conditions et ensuite après le réveil de ne point prolonger l'action narcotique.

En outre, il est bon de faire absorber une certaine quantité de carbonate de chaux pour éviter ultérieurement une crise hyperchlorydrique.

Pour conclure, il faut bien avoir présent à l'esprit que, dans l'anesthésie, on ne saurait trop mettre de son côté toutes les chances d'éviter les accidents ; que l'abaissement préalable de la sensibilité du malade est une bonne condition au point de vue nerveux, que les réflexes irratatifs du côté digestif sont à surveiller et qu'enfin il faut toujours avoir présente à l'esprit la possibilité d'une action toxique sur le foie et se tenir prêt à la conjurer. Enfin, il faut se garder de considérer les éthers gras comme des anesthésiques inoffensifs et avoir la notion bien nette que tout corps capable de tuer le sentiment est une drogue dangereuse.

(Soc. de Thérapeutique.)

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DU HAVRE

27 juillet-2 août 1914.

Une réunion préparatoire au Congrès du Havre a eu lieu le dimanche 8 mars, à 10 heures du matin, à Rouen, dans une salle spécialement réservée du café Victor. De nombreux confrères de Rouen et des environs, le comité local havrais au grand complet, avaient répondu à l'appel que M. le Dr Audy, président de la section d'odontologie, avait adressée à tous les dentistes de Seine-Inférieure.

Après avoir exposé, en quelques mots, l'historique de la section d'odontologie dans les congrès de l'A. F. A. S., le Dr Audy fit appel au zèle de tous les confrères présents et des groupements professionnels représentés pour se rendre au Havre du 27 juillet au 2 août prochain. Il insista sur la nécessité de leur présence pour faire briller d'un éclat plus vif la section d'odontologie, qui fut toujours aux congrès précédents une des plus florissantes. Il rappela les nouveautés sensationnelles présentées à quelques précédents congrès, et qui, rapidement entrées dans la pratique journalière, ont révolutionné le laboratoire ou remplacé les anciens procédés de dentisterie opératoire. Sans pouvoir annoncer de communications aussi sensationnelles, il dit sa conviction que tous les travaux présentés faisaient toujours progresser la science odontologique, surtout lorsqu'on pouvait compter sur une organisation matérielle comme celle préparée par le comité local.

M. Ribard, dentiste des hôpitaux du Havre, président du comité local, donna alors quelques explications sur les démarches commencées. Il annonça qu'au moment du congrès la section d'odontologie aurait à sa disposition, pour les démonstrations pratiques, la salle de l'école des infirmiers à l'hôpital général, salle pouvant contenir facilement 80 personnes. Il se porta garant du comité local, pour faire la meilleure réception à tous les dentistes de France ou de l'étranger qui voudront bien venir au Havre en juillet et août prochain.

M. Coache et M. Thuillier promirent de suivre personnellement les travaux de la section d'odontologie au congrès du Havre et de faire auprès des confrères rouennais et des membres des groupements professionnels dont ils font partie la propagande la plus

active pour amener au Havre le plus grand nombre possible des dentistes normands.

Sur la proposition de M. le Dr Audy, l'assemblée, à l'unanimité, acclama M. Thuillier comme président d'honneur du comité local de la section d'odontologie.

Un déjeuner de 24 personnes, parmi lesquelles plusieurs dames qui avaient tenu à accompagner à Rouen leur père ou leur mari, réunit ensuite à l'hôtel du Nord les confrères présents et leur permit de prolonger jusqu'à l'heure de la séparation les relations cordiales ébauchées à la séance du matin.

6e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Londres, 3-8 *août* 1914.

Les séances du matin des 5, 6, 7 août, de 9 h. 1/2 à midi et demie, seront consacrées à la présentation aux sections de rapports sur des sujets choisis par des rapporteurs désignés et à la discussion de ces rapports.

Dans une réunion des bureaux tenue à Cambridge le 2 août 1913 les sujets ci-après ont été choisis pour des rapports. Quelques rapporteurs ont été choisis par les sections, mais dans bien des cas où un rapporteur étranger était proposé on a jugé bon de demander aux comités nationaux d'indiquer les confrères spécialement qualifiés pour faire des rapports sur un sujet donné. Le désir du comité d'organisation et des bureaux des sections étant de s'assurer comme rapporteurs les praticiens les plus marquants, quelle que soit leur nationalité, les comités nationaux ont été priés de proposer les noms de ceux qui, à leur avis, étaient les mieux qualifiés pour présenter des rapports.

Dans la liste ci-après des sections et des sujets de rapports le nom du rapporteur est donné quand il a été choisi par la section ; dans d'autres cas les mots *anglais, étranger* et *américain* indiquent la nationalité proposée pour le rapporteur.

1re *section. — Anatomie, histologie et physiologie dentaires.*

Sujets de rapports :

5 août. L'évolution de la dentition humaine.
6 août. La calcification.
7 août. Chimie et physiologie de la salive.

2e *section. — Pathologie et bactériologie dentaires.*

Sujets de rapports :

5 août. L'étiologie de la carie dentaire.
6 août. L'étiologie et la pathologie de la pyorrhée alvéolaire.
7 août. Etats pathologiques de la pulpe dentaire.
Pathologie du sinus.

3e *section. — Chirurgie et thérapeutique dentaires.*

Sujets de rapports :

5 août. Maladies inflammatoires du bord gingival et de la membrane du périodonte (pyorrhée alvéolaire).

6 août. Restauration par des inlays de parties perdues de tissu dentaire.

7 août. Septicémie buccale en particulier.

a) La septicémie buccale par rapport à la maladie en général.

b) Prévention de la septicémie buccale par traitement.

c) Couronnes, bridges et dentiers par rapport à la septicémie buccale.

4e *section. — Physique, radiographie et métallurgie dentaires.*

Sujets de rapports :

5 août. Emplois et avantages des rayons X pour aider au diagnostic, y compris la différenciation des vues radiographiques d'avec les tissus normaux et anormaux.

6 août. Changement de structure et autres se produisant suivant les métaux employés dans la bouche.

7 août. Théorie et pratique du coulage sous pression.

(Ce rapport sera présenté dans une réunion commune des sections 4 et 5. Les rapporteurs de la 4e ne traiteront que la théorie.)

5e *section. — Prothèse dentaire.*

Sujets de rapports :

5 août. Articulation et articulateurs.
6 août. Forme et rétention des dentiers partiels.
7 août. Théorie et pratique du coulage sous pression.

(Rapport présenté dans une réunion commune des sections 4 et 5. Les rapporteurs de la 5e ne traiteront que la pratique.)

6e *section. — Orthodontie.*

Sujets de rapports :

5 août. Unification de la terminologie et de la classification.

Problème de la rétention en vue de la persistance du résultat et du minimum de danger.

6 août. Obstruction nasale par rapport à l'orthodontie :

a) Effets des sécrétions sur les glandes sans conduits.

b) Effet de l'expansion des arcades dentaires avec ou sans l'ouverture des sutures.

7 août. Mouvement des racines.

Avantages relatifs des appareils fixes et amovibles.

7e *section. — Chirurgie buccale et prothèse chirurgicale.*

Sujets de rapports :

5 août. Derniers résultats des opérations des fissures palatines.

Le traitement des kystes dentaires et dentigères.

6 août. Prothèse chirurgicale.

Traitement de l'ostéomyélite des maxillaires.

7 août. Restauration après ablation partielle des maxillaires.

8e *section. — Anesthésie générale et locale.*

Sujets de rapports :

5 août. Protoxyde d'azote et oxygène seuls, mélangés ou consécutifs pour l'extraction.

6 août. Analgésie au protoxyde d'azote et à l'oxygène pour les opérations de conservation.

7 août. Anesthésie locale, spécialement au point de vue

a) Des méthodes.

b) Des agents.

c) De la sphère d'utilité.

d) Des contre-indications et dangers.

9e *section. — Hygiène buccale, instruction publique et services dentaires publics.*

Sujets de rapports :

5 août. Effets du traitement dentaire sur la santé publique et le développement physique.

6 août. La prophylaxie aux différents âges.

7 août. Projections avec la lanterne montrant

a) Les moyens d'assurer l'instruction publique en hygiène dentaire, par exemple : sujets de conférences, diagrammes, etc.

b) Photographies de cliniques dentaires scolaires, services dentaires publics pour adultes ou institutions dans lesquelles le traitement dentaire est donné.

Des praticiens de tous pays, notamment les dentistes scolaires, pourront faire des projections sur ce sujet avec un exposé *aussi court que possible.*

10e *section. — Enseignement dentaire.*

Sujets de rapports :

5 août. Enseignement de la bactériologie aux étudiants en dentisterie, spécialement.

a) La méthode d'enseignement.

b) L'étendue de l'enseignement.

6 août. Exposé pratique de l'enseignement médical et chirurgical pour les étudiants.

Premiers principes d'enseignement pratique.

7 août. Méthodes d'enseignement de l'orthodontie aux étudiants en dentisterie.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

Session de La Haye 1913.

(Suite et fin.)

CONSEIL EXÉCUTIF

Session finale (29 août, après-midi).

Présidence de M. Paterson.

Le Conseil entend :

I. — Le rapport de la Commission d'hygiène.

MM. Jessen et *Lenhardtson* présentent les recommandations de la Commission, y compris les noms des personnes à nommer membres honoraires.

M. Rosenthal demande que les membres de la Commission d'hygiène dentaire soient aussi membres de la F. D. I.

M. Jessen accepte.

M. Rosenthal ajoute qu'il leur indiquera la cotisation à payer pour être membres.

M. Go. Whittaker est ajouté à la liste de la Commission.

M. Lenhardtson propose l'adoption de la résolution suivante de la F. D. N. nationale belge : « La F. D. I. recommande aux gouvernements des divers pays de comprendre le traitement dentaire par des dentistes diplômés dans toutes les lois relatives à l'assistance médicale publique. » — Adopté à l'unanimité.

M. Rosenthal rend compte qu'il a, comme trésorier, examiné les comptes de la Commission d'hygiène et qu'il les a trouvés justes. — Les comptes sont approuvés en vue du payement.

M. Lenhardtson propose l'adoption du règlement de la Commission d'hygiène remis aux membres.

M. Rosenthal fait observer que ce règlement n'a pas été discuté comme il convient par la Commission. Il fait des objections à la clause de conclure avec les fabricants des contrats par lesquels la Commission partagerait les profits provenant de la vente des dentifrices et des brosses. Cette proposition a été discutée à Londres en 1911 et repoussée parce qu'on a estimé que la F. D. I. ne peut pas s'occuper d'opérations commerciales.

Le président partage l'avis de M. Rosenthal ; il a été décidé à Londres que cette clause ne rentrerait pas, comme incorrecte, dans le Règlement de la Commission.

M. Jessen accepte de supprimer la clause.

M. H. Villain demande le remplacement dans l'article 7 du mot *honoraires* par le mot *indemnité.*

M. Van der Hœven dit qu'il ne s'agit là que des finances de la Commission, mais il accepte la modification.

La nomination de membres honoraires et ordinaires de la Commission et le règlement modifié sont adoptés.

II. — Le rapport de la Commission de bibliographie.

M. Huet présente les vœux suivants de la Commission :

1º Que les Comités nationaux de chaque pays s'efforcent de nommer des représentants de la Commission de bibliographie et de documentation et que, en attendant, ils veuillent bien réunir et transmettre tous renseignements utiles ;

2º Que les représentants des Comités nationaux envoient avant le 1er juillet à la Commission un rapport annuel qui sera compris dans le rapport présenté à la session de la F. D. I.

3º Que le titre de la Commission devienne : *Commission de bibliographie, de documentation et de statistique.*

M. Rosenthal dit qu'il a été proposé de voter à la Commission un budget lui permettant de nommer, pour ses travaux, un employé avec des appointements ne dépassant pas 1250 francs par an. Il importe de tenir les renseignements à jour et de s'assurer des informations permanentes sur toutes les matières dentaires.

M. Huet ajoute que les travaux comprendraient des renseignements sur les publications et sociétés dentaires, des listes et des annuaires des dentistes, des services dentaires publics, militaires et navals, etc. dans tous les pays.

Les recommandations sont adoptées.

III. — Le rapport de la Commission de déontologie.

M. Henri Villain présente les recommandations du Comité touchant un code international de déontologie.

Il est décidé d'adjoindre M. Harrison au Comité, composé de MM. Rosenthal, président, Aguilar et Schäffer-Stückert et chargé de rédiger ce code.

La recommandation que « toutes les écoles dentaires inscrivent dans leur programme d'enseignement les principes de morale professionnelle » est adoptée à l'unanimité.

IV. — Le rapport de la Commission d'enseignement.

M. Aguilar présente les deux recommandations suivantes faites par la Commission :

1° (Proposition *Godon*, appuyée par M. Guy) : « La sous-commission est priée de présenter un rapport détaillé sur les trois résolutions relatives à la pédagogie dentaire de 1910-1911 et de présenter un rapport en 1914. »

2° (Proposition Aguilar, appuyée par M. Brooks) : « Le Comité d'organisation du Congrès dentaire international de Londres (1914) est invité à demander aux écoles dentaires des schémas représentant les méthodes d'enseignement. » — Adopté à l'unanimité.

Election d'un membre.

Sur la proposition de *M. Brophy*, M. L. Rhein (New-York) est élu membre de la D. F. I.

Inauguration de l'Ecole dentaire de l'Université Laval

Le président donne lecture d'une lettre par laquelle M. Dubeau, président et directeur de l'Ecole de chirurgie dentaire de l'Université Laval, à Montréal, informe de l'inauguration des nouveaux bâtiments de l'Ecole le 1er octobre et demande à la F. D. I. de s'y faire représenter.

Sur la proposition de *M. Aguilar*, appuyée par *M. Brophy*, M. Godon est désigné pour représenter la Fédération.

Inauguration de l'Institut Evans.

M. Riethmüller (Philadelphie) annonce l'ouverture en juillet ou octobre 1914 de l'Institut Evans et de la section dentaire de l'Université de Pensylvanie et propose à la F. D. I. d'y envoyer un représentant, d'autant que beaucoup de membres de la F. D. I. sont d'anciens élèves de l'Université de Pensylvanie.

Sur la proposition de *M. Brophy*, appuyée par *M. Aguilar*, le président est chargé de désigner un délégué.

M. Schäffer-Stückert annonce qu'une reproduction en bronze de la médaille Miller a été offerte lors de la récente inauguration de l'Institut dentaire de Berlin, et que M. Aguilar a offert de faire don à l'Institut Evans d'une reproduction semblable.

Le président ajoute qu'elle pourra être présentée par le délégué.

MEMBRES DU BUREAU DU CONGRÈS DE LONDRES.

Le président rend compte de la nomination de membres du Bureau du Congrès de Londres (1914) par le Comité d'organisation.

Sur la proposition de M. Schäffer-Stückert, appuyée par *M. Aguilar,* ces nominations sont approuvées.

FONDS DU PRIX MILLER.

M. Aguilar présente les comptes et le rapport suivant :

En qualité de secrétaire j'ai adressé au Conseil des administrateurs du fonds du prix Miller le rapport ci-après :

« Depuis la dernière réunion du Conseil d'administration le 28 août 1812, le Conseil exécutif de la F. D. I., en attribuant pour la 2e fois le prix international Miller, a fait choix du Dr Charles Godon, de Paris, et conformément au Règlement, ce prix, avec la médaille, doit être remis au lauréat. Des difficultés matérielles pour obtenir d'Allemagne le coin de la médaille frappé par le prof. Werba empêchent cette remise actuellement, mais elle est ajournée avec la permission du Dr Godon.

» Pendant l'année écoulée il n'a pas été fait de donations et il a été seulement encaissé les intérêts des valeurs qui constituent le fonds, intérêts s'élevant à 2.268 fr. 42.

» Le compte résumé du trésorier est le suivant :

Débit : 21.848 fr. 35. *Crédit* : 21.848 fr. 35.

Capital :

Valeurs en banque....	43.378,90
Dépôt en espèces......	19.893,53
Total.........	63.272,40

» Conformément aux résolutions du Conseil d'administration et du Conseil exécutif de la F. D. I. j'enverrai, si le Conseil d'administration le désire, avant la fin de l'année, une circulaire avec une copie du Règlement du prix international Miller à tous les membres de la F. D. I. et aux principales Universités, écoles et sociétés dentaires avec prière de désigner des candidats pour le prochain prix Miller qui sera attribué à Londres l'an prochain. Signé : Aguilar. »

Ce rapport a été approuvé par le Conseil d'administration.

« Nous avons reçu du Dr Godon, lauréat du prix, une lettre dans laquelle il déclare que, très hautement honoré de l'attribution du prix Miller par la F. D. I., il accepte avec profonde gratitude la

médaille d'or Miller, mais désire faire don au fonds Miller de la somme d'argent qui l'accompagne.

» Cet acte très généreux du D[r] Godon, qui représente pour le fonds du prix Miller un don de plus de 3000 francs, mérite, aux yeux du Conseil d'administration, les remercîments du Conseil exécutif de la Fédération.

» Le Conseil d'administration a décidé d'aviser tous les membres de la F. D. I., les Universités, écoles et sociétés dentaires que l'attribution du prochain prix international Miller se fera à Londres en 1914 et de les inviter à envoyer les désignations de candidats avant le 4 février 1914. »

M. Godon désire renouveler l'expression de sa gratitude pour la haute distinction qui lui a été conférée à Stockholm en son absence. Il est extrêmement fier de ce tribut, qui est la plus haute récompense qu'on puisse recevoir de la profession.

M. Brophy a appris de M. Read, de Toronto, que les Canadiens ont déjà réuni 5.000 francs pour le fonds et comptent grossir cette somme; aux Etats-Unis, il a réussi à recueillir 2.500 francs dans l'Etat de Michigan, et, du Wisconsin, il attend 1.250 francs. Il est donc probable que 10.000 francs seront versés l'an prochain au fonds Miller à Londres. On désire que la part contributive totale des Etats-Unis seuls soit de 25.000 francs et il espère que le fonds sera porté à 75.000 francs et finalement à 100.000 francs. Il considère ce fonds comme perpétuant la mémoire de Miller, que tous aimaient tant, et il est persuadé que ce fonds continuera à être très utile dans la profession pour reconnaître les services éminents rendus à la dentisterie.

Le président. — Nous sommes très reconnaissants à M. Aguilar et au Conseil d'administration du prix Miller, qui méritent nos cordiales félicitations pour leur gestion. Nous sommes également reconnaissants à M. Brophy et à d'autres de s'efforcer d'augmenter le capital de ce fonds.

Motion.

M. Godon demande une modification du Règlement pour permettre la nomination de suppléants en cas d'absence inévitable de membres de la F. D. I. aux sessions annuelles.

Le président répond que le Bureau préparera un ordre du jour à cet égard.

Date de la prochaine session.

Le président annonce que la prochaine session de la F. D. I. se tiendra à l'Université de Londres le lundi 3 août 1914.

La session est close.

Le Bureau a reçu un télégramme de remercîments du roi de Suède à la suite du message qui lui a été adressé.

BANQUET ANNUEL

Le banquet annuel de la F. D. I. a eu lieu le 29 août à Scheveningen, au Palace Hôtel, sous la présidence de M. Paterson.

Le président donne lecture de télégrammes de remercîments de la reine mère de Hollande et du roi Christian de Danemark.

Le président porte un toast à la reine de Hollande, et l'assemblée entonne l'hymne national hollandais.

M. Jessen porte un toast à la reine mère Emma de Hollande, qui a bien voulu accorder son haut patronage à la Commission d'hygiène, grâce aux efforts de M. Van der Hœven, comme l'ont fait le roi de Danemark, grâce à l'entremise du prof. Christensen, et le roi de Suède, grâce à M. Lenhardtson.

A la mémoire de Miller.

Le président rappelle que, lors de sa dernière venue en Hollande, la F. D. I. se réunit sous l'ombre d'un grand homme, car leur estimé et vénéré président, W. D. Miller, était mort subitement. Sans l'énergie et l'amabilité du Dr Sauvez, l'appui généreux et la bonté des confrères hollandais, dirigés par M. Grevers, la réunion de la F. D. I. aurait pu être un fiasco. Il lui paraît à propos, dans un moment semblable, dans leur nouvelle visite en Hollande, de rendre hommage à la mémoire de feu leur président. (L'assistance se lève pour rendre hommage au prof. Miller.)

Prix Miller.

M. Paterson ajoute qu'il a le grand plaisir de remettre le prix Miller au président d'honneur Dr Charles Godon. Il s'excuse qu'une partie seulement du prix puisse lui être remise, des circonstances indépendantes de sa volonté l'ont empêché de présenter la totalité. La médaille d'or, il a le regret de le dire, n'est pas encore frappée. Toutefois cette médaille et le montant des arrérages du fonds du prix lui seront remis au Congrès de Londres l'an prochain ; il espère que la remise dans cette occasion ne perdra rien de sa forme et de son éclat par suite de cet ajournement.

Il considère comme de son devoir, malgré l'opposition du Dr Godon, d'informer l'assemblée que la présentation de la récompense en argent ne serait qu'une pure formalité, parce que ce dernier a très généreusement décidé de faire don de la somme aux administrateurs du fonds pour l'ajouter au capital.

Lorsqu'on songe aux nombreuses institutions, charitables et autres existant en France, chères au cœur du Dr Godon, auxquelles cet argent pourrait être consacré, le mot générosité ne traduit pas exactement les sentiments de l'assemblée en la matière. En remettant le diplôme d'honneur au Dr Godon, il demande que les termes dans lesquels il est conçu soient annoncés par les secrétaires en français, en allemand et en anglais, et il invite MM. Aguilar, secrétaire du fonds, Schäeffer-Stückert et Guy à le faire respectivement (en voir ci-joint la reproduction).

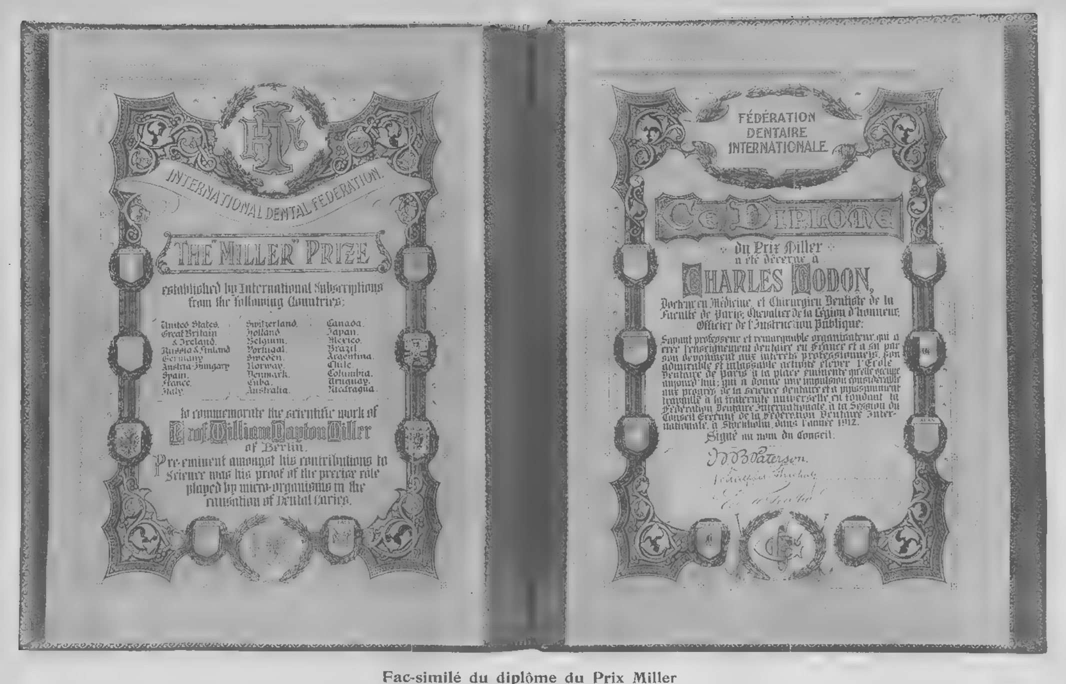
Le président remet alors le diplôme, qui a la forme d'un album avec enluminures, au Dr Godon, avec ses plus cordiales félicitations.

La *Marseillaise* est entonnée, accompagnée d'applaudissements chaleureux pour le Dr Godon. Beaucoup des membres les plus anciens se lèvent de leurs places, suivant en cela l'exemple de M. Francis Jean, et vont féliciter le lauréat.

M. Godon répond par le discours qui a été publié dans *L'Odontologie* du 30 septembre 1913.

M. Van der Linde, président de la Société des dentistes de Hollande, remercie M. Paterson de ses paroles aimables pour la profession dentaire hollandaise et des éloges qu'il a adressés à ses compatriotes pour leur connaissance des langues étrangères. Il est très important pour eux d'étudier les journaux dentaires en anglais, en français, en allemand; ils ont entendu avec grand plaisir les discours des délégués des divers pays et ils se sentent honorés par l'acceptation de l'invitation qu'ils ont adressée à la F. D. I. de venir en Hollande. Tous ont suivi les délibérations de la F. D. I. avec le plus grand intérêt et il espère que la réunion cimentera les bonnes relations entre eux et la F. D. I. et amènera une coopération plus intime. Il porte un toast au succès de la F. D. I.

M. Brophy répond que les sentiments des dentistes hollandais à l'égard de la F. D. I. exprimés par M. Van der Linde ont touché les membres de celle-ci profondément. Dès sa plus tendre enfance il a appris à estimer hautement les Hollandais qu'il a rencontrés dans son pays. Il assistait à la naissance de la F. D. I. à Paris et a assisté à toutes les sessions, sauf deux, depuis sa création. La 13e session se termine et beaucoup ont disparu depuis 1900. La remarquable carrière et la grande œuvre de leur chef, Miller, ont été rappelées par le président et l'on peut parler des autres qui ont combattu pour la F. D. I. dans ses premières luttes. Pendant un



INTERNATIONAL DENTAL FEDERATION.

THE "MILLER" PRIZE

established by International Subscriptions from the following Countries:

United States.	Switzerland.	Canada.
Great Britain & Ireland.	Holland.	Japan.
Russia & Finland	Belgium.	Mexico.
Germany	Portugal.	Brazil.
Austria-Hungary	Sweden.	Argentina.
Spain.	Norway.	Chile.
France.	Denmark.	Columbia.
Italy.	Cuba.	Uruguay.
	Australia.	Nicaragua.

to commemorate the scientific work of

Prof. William Dayton Miller

of Berlin.

Pre-eminent amongst his contributions to Science was his proof of the precise rôle played by micro-organisms in the causation of Dental Caries.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

Ce Diplôme

du Prix Miller

a été décerné à

CHARLES GODON,

Docteur en Médecine, et Chirurgien Dentiste de la Faculté de Paris; Chevalier de la Légion d'honneur; Officier de l'Instruction Publique:

Savant professeur et remarquable organisateur, qui a créé l'enseignement dentaire en France et a su par son dévouement aux intérêts professionnels, son admirable et inlassable activité élever l'École Dentaire de Paris à la place éminente qu'elle occupe aujourd'hui; qui a donné une impulsion considérable aux progrès de la science dentaire et a puissamment travaillé à la fraternité universelle en fondant la Fédération Dentaire Internationale, à la Session du Conseil Exécutif de la Fédération Dentaire Internationale, à Stockholm, dans l'année 1912.

Signé au nom du Conseil:

W. B. Paterson.

Fac-similé du diplôme du Prix Miller

Attribué par la Fédération dentaire internationale à M. Ch. GODON.

temps la F. D. I. fut regardée avec passablement d'incrédulité par beaucoup ; mais, tandis que quelques-uns se retiraient, que quelques-uns hésitaient et que d'autres étaient très pessimistes, il y avait des hommes zélés, résolus, déterminés et confiants dans son avenir qui la soutinrent avec une loyauté qui ne s'est jamais démentie. Le principal d'entre eux était le Français résolu et plein de volonté auquel on vient de conférer l'honneur le plus élevé que la F. D. I. puisse accorder, le Dr Godon. Quand on écrira l'histoire de la F. D. I., peut-être dans 25 ans, les services rendus par le Dr Godon y occuperont la plus large place. Quelques-uns se rappellent le discours de clôture de Sir Michael Foster à Cambridge et les discours de Sir James Crichton Browne et du prof. Woodhead à cette occasion ; mais c'est à M. G. Cunningham qu'on doit le début dans cette session d'un des mouvements les plus importants entrepris par la F. D. I., le soin des dents des enfants. Que sera l'avenir ? La F. D. I. a rapproché les nations du globe dans une œuvre d'enseignement et dans une œuvre professionnelle ; mais cela ne saurait suffire. Elle doit aller de l'avant et augmenter ses efforts pour amener un niveau plus élevé d'enseignement et de pratique professionnels, afin que l'histoire future puisse lui en attribuer tout le mérite.

Un autre motif nous a rapprochés, ajoute-t-il. Feu Harper, président de l'Université de Chicago, disait que le meilleur moyen d'amener les hommes à mieux comprendre un grand sujet et à obtenir le résultat désiré était de les réunir à la même table pour qu'ils puissent y faire connaissance. La vraie raison pour laquelle quelques-uns n'aimaient pas les autres, c'est qu'ils ne comprenaient pas réciproquement leurs véritables idées. Un des grands buts de la F. D. I. est d'aboutir à cette compréhension et la meilleure harmonie règne dans cet organisme. Il ne connaît pas un pays qui n'ait de la sympathie et de l'estime pour l'œuvre de la F. D. I. et, puisqu'il en est ainsi, on peut s'écrier : « Longue vie et succès à la F. D. I. ! »

Le toast aux dames, porté par M. Frenckel, termina le banquet.

Excursion a Amsterdam.

Le samedi 30 août, excursion à Amsterdam par train spécial organisée par les Sociétés dentaires de Hollande.

Au théâtre d'anatomie de l'Université le prof. Bolk souhaita la bienvenue aux membres de la F. D. I. en français et fit ensuite en anglais une communication sur « *Les dents surnuméraires dans la région molaire de l'homme* ». Cette conférence fut illustrée d'une collection unique de spécimens et de modèles de dents anormales et d'anomalies de dentition (Cette conférence a été publiée dans nos numéros des 15 et 28 février 1914).

Sur la proposition de *M. Van der Hœven,* appuyée par *M. J. H. Mummery,* des remercîments furent votés au prof. Bolk pour avoir communiqué à la F. D. I. le résultat de ses importantes recherches originales.

Après la visite du musée d'anatomie les membres de la F. D. I. rejoignirent les dames, que des voitures avaient conduites sur divers points de la ville, pour faire avec elles, sur un bateau à vapeur spécialement aménagé pour la circonstance, une excursion au château de Muiden. Un lunch fut servi pendant le trajet et le retour se fit par le Zuyder-Zee à l'Exposition navale et maritime d'Amsterdam.

HYGIÈNE

LES SOINS DENTAIRES DANS LES ÉCOLES NORMALES

Le Journal La Petite Gironde *a publié, le* 19 *octobre* 1913, *une conversation qu'a eue un de ses rédacteurs avec le dentiste d'une école normale d'instituteurs de province. Dans cette conversation ce praticien avait soutenu l'inanité de l'inspection dentaire créée par la circulaire du ministre de l'Instruction publique du* 23 *mars* 1908 *et formulé diverses critiques sur son application. Le rédacteur avait accueilli et reproduit ces propos, empreints de certaines inexactitudes, et exprimé quelques idées fausses.*

Le Comité national français d'hygiène dentaire a jugé nécessaire de répondre à cet article et nous a communiqué sa réponse, que nous croyons intéressant de publier ci-dessous.

Le Rapide de Toulouse, *qui avait reproduit cet article, a reçu une réponse semblable.*

Comité national français d'hygiène dentaire.

Siège social: 32, *rue de Penthièvre.*

Paris, le 21 février 1914.

Monsieur le rédacteur en chef,

On vient seulement de me communiquer l'article que vous avez publié dans votre numéro du 19 octobre dernier sous le titre : « *Les soins dentaires dans les écoles normales.* » C'est pour cela que je ne vous fais parvenir que maintenant une réponse à cet article, en vous priant d'en excuser le retard involontaire.

C'est en ma qualité de président du comité national français d'hygiène dentaire et de dentiste inspecteur de l'Ecole normale d'instituteurs de la Seine que je vous adresse cette réponse, parce qu'il me paraît nécessaire de rectifier les erreurs commises dans cet article aussi bien par votre correspondant, qui me semble pas très au courant des fonctions qu'il a à remplir, que par votre rédacteur, mal renseigné par ce correspondant. Ces erreurs, en effet, si elles s'accréditaient dans le public, seraient de nature à nuire à une création qui constitue un progrès considérable, dont j'ai pu personnellement apprécier les bienfaits.

L'inspection dentaire, instituée par circulaire ministérielle du 23 mars 1908, a lieu deux fois par an ; le *dentiste inspecteur* doit examiner la bouche des élèves et noter les dents malades pour que celles-ci soient soignées par le dentiste de l'élève ou à son défaut par le *dentiste traitant* désigné par l'Administration de l'école.

Or, contrairement à ce qu'écrit votre correspondant, c'est le dentiste inspecteur qui doit, aux termes du règlement, confectionner les fiches dentaires et ces fiches doivent indiquer aux élèves les dents qui sont altérées et au dentiste traitant les soins à donner.

A cet effet deux fiches sont établies pour chaque élève: l'une qui reste à l'établissement et qui est mise à jour à chaque inspection pour servir de moyen de contrôle au dentiste inspecteur; l'autre qui mentionne les altérations nouvelles observées lors de l'inspection et qui est remise à l'élève pour lui faire connaître ces altérations et renseigner le dentiste traitant sur les soins à donner, ainsi que je viens de le dire.

Il est exact, comme le dit votre correspondant, que le règlement interdit au dentiste inspecteur de soigner. La création ministérielle comporte en effet deux choses: l'inspection et le traitement, ces deux services devant être assurés par deux dentistes distincts: le premier chargé uniquement de l'indication de l'état de la bouche et des soins à donner ; le second, chargé uniquement du traitement. Le premier praticien, résidant de préférence dans une autre ville que celle où est situé l'établissement, contrôle si les soins prescrits à l'inspection précédente ont été donnés et recherche les nouvelles altérations qui ont pu se produire dans la bouche de l'élève depuis la dernière inspection. Le dentiste traitant, au contraire, réside dans la ville où est situé l'établissement et donne les soins non pas dans cet établissement, mais au dehors, dans son cabinet.

Il ne peut donc y avoir rivalité, concurrence entre les deux praticiens. De plus, cette dualité assure à ceux-ci une bien plus grande liberté vis-à-vis du malade. Ce dernier, en effet, ne peut songer à accuser le dentiste traitant de lui imposer des traitements inutiles, puisque les dents malades sont soignées par un praticien tout à fait désintéressé en la circonstance, comme l'est le dentiste inspecteur, et celui-ci, de son côté, a, lui aussi, en raison de cette situation, toute indépendance vis-à-vis des patients qu'il examine.

Votre correspondant se plaint que les élèves ne soient pas soignés.

Sur ce point, je puis l'affirmer, car une expérience déjà longue

me permet de le faire, on se heurte au mauvais vouloir des élèves et c'est celui-ci qui est seul responsable. Mais c'est le rôle, c'est le devoir du dentiste inspecteur de triompher de ce mauvais vouloir en persuadant les élèves de la nécessité des soins, en exerçant à leur égard une action convaincante à chaque inspection et en leur faisant des conférences explicatives. L'Administration de l'école peut d'ailleurs seconder le dentiste inspecteur dans cette action.

C'est ainsi qu'à l'Ecole normale d'instituteurs d'Auteuil, sur ma demande, l'Administration informe tout nouvel élève qu'il doit se mettre la bouche en état avant son entrée ; le directeur et l'économe insistent, en outre, sur ce point, dans les conseils qu'ils donnent aux élèves reçus à l'examen d'admission en juillet, pour qu'ils se conforment à cette recommandation. Un grand nombre d'élèves en tiennent compte et l'entretien de leur bouche pendant la durée de leurs études est grandement facilitée.

Que les dépenses de traitement soient supportées par les départements, je n'y vois, pour ma part, aucun inconvénient en ce qui concerne les boursiers, à condition toutefois que leur bouche soit mise en état avant leur entrée à l'Ecole normale, ce qui serait logique.

Mais ce que je tiens à dire, c'est que ce n'est pas, comme le prétend votre correspondant, *une question d'argent* qui empêche l'inspection dentaire de donner des résultats remarquables.

J'ai pu constater, en effet, à l'Ecole dont je suis chargé, une amélioration considérable quant au nettoyage de la bouche, ce point si important de l'hygiène, car grâce à la surveillance journalière de la Direction et à la surveillance du dentiste inspecteur, les élèves se brossent les dents très régulièrement, même ceux qui ne se font pas soigner. J'ai constaté également une amélioration très notable de l'état des dents résultant de cette hygiène, une augmentation très marquée du nombre des jeunes gens se faisant soigner, car ils finissent par s'intéresser à l'état de leur denture, dont on leur montre l'importance.

Si donc votre correspondant a obtenu des résultats défectueux, cela n'est pas dû au manque d'argent, mais à un manque de surveillance de la part de la Direction de l'école, à un défaut dans le fonctionnement de l'inspection, qui doit s'exercer par une action individuelle de la part de l'inspecteur et par conférences collectives.

Enfin, il ne faut pas oublier que la réforme est encore récente, et que ce n'est qu'avec une grande lenteur qu'il est possible de faire pénétrer dans les mœurs toute réforme relative à l'hygiène.

Ce que je tiens à affirmer en ce qui me concerne, c'est que, à l'encontre de votre correspondant, *je ne juge pas la tâche du dentiste-inspecteur des écoles normales inutile et quelque peu ridicule ;* je la trouve au contraire, très belle et digne du plus grand intérêt. J'ajoute qu'en présence des résultats déjà obtenus depuis six ans, et en cela je suis sûr d'être l'interprète de la majorité des dentistes inspecteurs, je considérerais la suppression de l'inspecteur dentaire comme une mesure des plus néfastes.

En effet, il est déjà résulté de cette création une amélioration très marquée de l'hygiène dentaire des élèves des écoles normales et, par contre coup, de la santé générale de ces jeunes gens, et si l'on considère que ceux-ci sont appelés à instruire les enfants de la nation, on voit quelle influence le développement chez eux des idées et de la pratique de l'hygiène peut avoir pour l'avenir de la nation tout entière.

Je vous prie d'excuser, Monsieur le Rédacteur en chef, la longueur de cette lettre qu'il n'a pas dépendu de moi de faire plus courte et que je vous serais très reconnaissant de vouloir bien publier, en vous exprimant l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

Dr Maurice Roy,
Dentiste des Hôpitaux,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris,
Président du Comité national français d'hygiène dentaire,
Dentiste inspecteur à l'Ecole normale d'instituteurs de la Seine.

BIBLIOGRAPHIE

NOTIONS GÉNÉRALES DE PATHOLOGIE, par M. Auguste Marie, ancien professeur à l'Ecole dentaire de Paris, 2e édition, *in Manuel du chirurgien-dentiste* (Ch. Godon), J.-B. Baillière et fils, Paris, 1913.

Il est superflu de faire l'éloge de cet ouvrage qu'ont eu entre les mains toutes les générations d'étudiants en chirurgie dentaire qui se sont succédé depuis treize ans. C'était une tâche délicate de faire tenir dans un cadre relativement restreint les notions de pathologie que doit posséder tout dentiste. Il fallait savoir éviter deux écueils également dangereux, une prolixité excessive, ou, au contraire, une trop grande concision. M. Marie a su se garder de l'un et de l'autre et traiter le vaste sujet qu'il s'était proposé avec une précision qui n'exclut pas l'intérêt. Tous ceux qui ont suivi ses leçons retrouveront d'ailleurs dans ce manuel toutes les qualités qui caractérisaient l'enseignement de l'excellent professeur.

L'ouvrage se divise en deux parties : dans la première, après des considérations générales de pathologie, on trouvera l'exposé des complications diverses qui peuvent survenir à la suite d'un traumatisme, et surtout celui des complications septiques.

Certaines affections qui n'intéressent que peu le dentiste sont exposées succinctement ; d'autres au contraire, la syphilis par exemple, sont traitées avec l'ampleur qu'elles méritent de par les lésions particulières qu'elles déterminent, et de par leur contagiosité.

Les maladies non infectieuses, intoxications, diabète, etc. sont ensuite énumérées et décrites.

Dans la seconde partie se trouvent les maladies locales, les affections de la peau, des muqueuses, des os, des articulations, qui présentent des altérations si importantes pour le spécialiste de la bouche, de même que les affections observées dans des régions telles que la gorge et le cou.

L'auteur a enfin clairement résumé les maladies des différents organes, poumons, cœur, reins, etc... ainsi que les notions nécessaires sur les affections du système nerveux.

M. Marie a, en outre, eu l'heureuse idée d'annexer à son Manuel un lexique où se trouvent définis un grand nombre

de termes qui cesseront ainsi d'être obscurs pour les étudiants dès le début de leurs études.

Nous devons en terminant complimenter la librairie Baillière d'avoir réédité et l'ouvrage de M. Marie et d'avoir apporté tous ses soins à cette édition.

H. D.

Livres reçus.

Nous avons reçu les brochures suivantes :

1° (En anglais) *La structure de l'émail* (22 p. avec 40 fig.), par H. P. Pickerill, de Dunedin (Nouvelle-Zélande).

2° (En allemand) *La gueule de loup* et son *traitement* (37 p. avec 42 fig.), du même auteur (traduction de M. Steinschneider, de Vienne).

3° (En allemand) *Le dosage des substances radio-actives en thérapeutique dentaire, spécialement au point de vue du thorium X* (7 p. avec 1 fig.), par M. J. Mamlock, de Berlin.

4° (En allemand) *Les analgésiques avant les interventions opératoires* (2 p.), par M. Kurz, de Cologne-Nippes.

5° (En allemand) *Appareil pour la préparation des solutions de cocaïne* (2 p.), par M. N. Weinbaum, de Berlin.

6° (En espagnol) *Les abcès alvéolaires chroniques* et leur traitement (20 p., 6 fig.), par M. Diego Rogers, de Buenos-Ayres.

7° (En allemand) *Comptes rendus de la F. D. I.* (*Session de Stockholm*, 1912), par M. Schäffer-Stückert.

8° (En français) *A la mémoire de Claude Martin*, par le Comité de souscription.

NÉCROLOGIE

L'Ecole dentaire de Paris vient d'être cruellement éprouvée par la perte successive d'un de ses membres fondateurs, M. Ernest Pillette, et d'un de ses meilleurs professeurs, M. Paul Emile Launois.

Ernest Pillette.

M. Pillette, décédé à Cannes le 17 mars, à l'âge de 79 ans, avait été un des fondateurs de l'Ecole ; il avait été le premier professeur de prothèse et il fut le maître de bon nombre des membres du corps enseignant. Il s'était retiré de la profession il y a un certain nombre d'années et, nommé professeur honoraire, il n'avait jamais cessé de s'intéresser à la prospérité de l'Ecole. Il était également membre honoraire du Conseil d'administration.

Tous ceux qui l'ont connu regretteront la disparition de cet homme affable et bienveillant.

Nous adressons à sa famille l'expression de notre vive sympathie et de nos regrets.

Professeur Launois.

M. Paul Emile Launois est décédé le 18 mars à Paris, à l'âge de 57 ans.

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux et professeur à l'Ecole dentaire de Paris, il enseignait à nos étudiants la pathologie interne générale et spéciale depuis 1898 dans ses services de l'hôpital Lariboisière. Ses leçons étaient très suivies et son enseignement très apprécié.

M. Launois était officier de la Légion d'honneur.

Ses obsèques ont eu lieu le samedi 21 mars. L'Ecole dentaire de Paris, qui avait envoyé une couronne, y était représentée par son directeur, plusieurs membres du corps enseignant et du Conseil d'administration et une délégation d'élèves.

Nous adressons à sa famille l'expression de nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Société d'Odontologie.

La Société d'Odontologie de Paris s'est réunie le 3 mars 1914. Elle a entendu d'abord une communication de M. Anéma, intitulée : « Etude sur l'ancien et le nouveau mode opératoire d'Angle. » Des projections montrant les résultats des deux méthodes accompagnaient cette communication. Puis M. Amoëdo a présenté un travail sur l'« enregistrement de la trajectoire condylienne par la méthode intra-buccale et règles à suivre dans le montage des modèles sur les articulateurs anatomiques ».

Fête des étudiants.

La fête des étudiants de l'Ecole dentaire de Paris a eu lieu avec un plein succès le mercredi 11 mars, à 9 heures du soir, dans la salle des fêtes du *Petit Journal*. Elle comprenait trois parties : un concert, une revue, un bal.

Des artistes de talent se sont fait entendre dans la première partie ; la revue, en deux actes, avec de nombreux couplets, était fort gaie ; quant au bal, très animé, il ne s'est terminé qu'à cinq heures du matin.

Tout le monde s'est beaucoup amusé: Auteurs, acteurs et spectateurs.

Association Syndicale des Chirurgiens-Dentistes du Sud-Est.

Le Conseil d'administration de l'Association a organisé pour le 3 mars à 9 heures du soir, dans le local de l' « Association des anciens Elèves du Lycée de Marseille », 15, boulevard du Musée, une réunion-conférence, où M. A. Dechaux a traité *de la thérapeutique moderne et de la méthode du Dr Petit* (de Nice).

Cette conférence doit servir de préface à la communication que l'auteur de la méthode, M. le Dr Petit, fera au cours de la réunion scientifique de Pâques, à Nice, dont nous avons publié le programme.

Les adhésions à cette réunion sont reçues soit chez le Président à Nice, soit chez le Secrétaire général (à Marseille).

Société Odontologique de France.

L'assemblée générale extraordinaire de la Société a eu lieu le mercredi 25 février, à 8 h. 1/2 du soir, à l'Ecole odontotechnique avec l'ordre du jour suivant :

1° Correspondance ;
2° Candidatures ;
3° Rapport du Trésorier et revision de la liste des membres ;
4° Allocution du Président sortant, M. Richaume ;
5° Allocution du nouveau Président, M. Lebedinsky ;
6° Proposition de M. Lebedinsky de rattacher la Société à l'Association odontotechnique ;
7° M. Lebrun. — Leucoplasie buccale ;
8° Questions diverses.

Cercle odontologique de France.

Le banquet du Cercle odontologique a eu lieu le 8 mars sous la présidence de M. Choquet. Il a obtenu le plus grand succès. De nombreux toasts y ont été portés. L'Ecole dentaire de Paris, l'A. G. S. D. F. et la F. D. N. étaient représentées par M. Blatter, qui a adressé un chaleureux appel en faveur des Congrès du Havre et de Londres.

Dans l'assemblée générale de la veille, M. Tzanck avait été élu président du Cercle, M. Choquet, directeur et M. Fourquet, rédacteur en chef du *Journal odontologique*.

Distinctions honorifiques.

Notre confrère M. Thuillier, de Rouen, membre honoraire du Conseil d'administration de l'A. G. S. D. F., vient de recevoir les palmes académiques à la demande de l'Association.

MM. Godon et Pont, de Lyon, ont été nommés commandeurs du Nichan Iftikhar.

Nous leur adressons nos vives félicitations.

Congrès International d'hygiène bucco-dentaire.

L'Association des dentistes du Rhône et de la région organise, à l'occasion de l'Exposition de Lyon, un congrès international d'hygiène bucco-dentaire, qui aura lieu en octobre.

L'Ecole dentaire de Paris y prendra part, suivant une décision du Conseil d'administration.

Conférences théoriques et pratiques.

La Société des médecins-chefs des laboratoires de radiologie et d'électro-radiothérapie des hôpitaux de Paris organise deux fois par an, en novembre et en mai, une série de conférences théoriques et pratiques d'électrologie, de radiologie, de radiumlogie, d'une durée d'un mois environ.

La 2e série aura lieu à partir du lundi 4 mai à l'amphithéâtre de l'hôpital de la Pitié, 83, boulevard de l'Hôpital.

A noter dans cette série le samedi 23 mai, à 4 h. 30 du soir, une conférence du Dr Belot sur *le radiodiagnostic des lésions de la face et des dents.*

Ponr l'inscription, qui est gratuite, s'adresser au Dr Delherm, à l'Hôpital de la Pitié.

1er Congrès dentaire mexicain.

La Fédération dentaire nationale mexicaine a organisé en janvier dernier un congrès dentaire national dont les séances d'ouverture et de clôture se sont tenues dans l'amphithéâtre de l'Ecole nationale préparatoire avec le programme suivant :

Séance d'ouverture, 26 janvier, 8 h. du soir.

1° Rapport du secrétaire général, M. David T. Bernard ;

2° Discours du président, M. José Rojo ;

3° Déclaration d'ouverture par le secrétaire de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.

Séance du 30 janvier, 11 h. du matin.

1° Aperçus sur l'hygiène buccale. — M. Pastor Artigas ;

2° Nécessité de consulter le dentiste périodiquement. — M. David T. Bernard ;

3° L'hygiène buccale au point de vue individuel et social. — M. Aragon ;

4° Le fonctionnement normal de la bouche comme base de l'hygiène buccale. — M. Paz ;

5° Dentifrices, brosses à dents et fils de soie. — M. José Rojo.

Séance de clôture, 30 janvier, 8 h. du soir.

1° Rapport du président ;

2° Discours des présidents de section et des délégués ;

3° Déclaration de clôture par le secrétaire de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.

Les diverses parties des séances d'ouverture et de clôture étaient séparées par des morceaux de musique exécutés par un orchestre.

Clinique dentaire scolaire.

La municipalité de Hanau (Allemagne) a décidé la création d'une clinique dentaire scolaire.

Organisation des femmes dentistes.

Les femmes dentistes de Berlin et des environs ont tenu une réunion le 27 novembre pour examiner la situation qui leur est faite dans la profession. L'assemblée s'est prononcée pour la constitution d'une société de femmes-dentistes rayonnant sur toute l'Allemagne, avec son siège à Berlin. Le droit d'entrée a été fixé à 2 fr. 50 ; la cotisation à 15 francs pour les propriétaires de cabinets d'opération, à 7 fr. 50 pour les opératrices et assistantes. Mme Elisabeth Bliefert, de Berlin, a été nommée présidente.

Il sera formé par la suite des groupements régionaux, dont le premier, pour Berlin, a été constitué immédiatement avec Mme Melitta Altsmann pour présidente.

Fusion de sociétés.

La Société odontologique de Zurich et la Société des chirurgiens-dentistes de Zurich ont fusionné sous le titre de Société des chirurgiens-dentistes du canton de Zurich avec le Dr Matter, de Zurich, pour président.

Les dentistes dans le canton d'Appenzell.

On lit dans le 54e rapport du Conseil de gouvernement adressé au Conseil cantonal d'Appenzell pour l'année 1912-1913 :

« Notre canton ne compte plus depuis des années de chirurgiens-dentistes au sens propre de la loi.

» Aucun des nombreux mécaniciens-dentistes qui y exercent n'a passé l'examen fédéral de chirurgien-dentiste. La Commission s'est donc vue obligée dans le cours de l'année de prendre une décision à l'égard du port de ce titre. Elle a prescrit qu'il serait interdit même aux praticiens qui sont allés chercher des diplômes dentaires à l'étranger, la plupart du temps aux Etats-Unis, de porter dorénavant le titre de *chirurgien-dentiste pratiquant* ou de *chirurgien-dentiste diplômé*, titre que peuvent prendre seuls ceux qui ont subi avec succès l'examen fédéral. »

Dans le canton de Bâle-Campagne.

Le Grand Conseil de Bâle-Campagne a adopté la loi concernant l'exercice de la profession de dentiste et a décidé qu'à côté du diplôme fédéral les personnes qui voudront exercer cette profession devront être autorisées par le gouvernement cantonal.

Dentier à vendre.

L'Eclaireur de l'Ain du 14 décembre contient à la 4e page l'annonce suivante :

« *A vendre un dentier homme, très peu servi, ayant coûté* 150 fr. *plaque or, superbe occasion.*

» *S'adresser Maurice, à Oyonnax* ».

Avis aux amateurs !

34e ANNÉE. N° 7. 15 AVRIL 1914 Vol. LI

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LE CANAL ET L'ARTÈRE DE LA DENTITION TEMPORAIRE

Par Ch. Bennejeant,
Chirurgien-dentiste, D. F. M. P., D. E. D. P.
Docteur en médecine, licencié ès-sciences.

Parmi les traités généraux d'anatomie, quelques-uns (Cruveilhier, Poirier et Charpy, Grafspee) signalent l'existence d'une artère spéciale contenue dans un canal sous-jacent au canal dentaire de l'adulte et destinée à l'irrigation des dents temporaires du maxillaire inférieur. Cette opinion est basée sur un travail de Serres paru en 1817 *Essai de l'Anatomie et la Physiologie des dents* et dans lequel cet auteur étudie plus spécialement la morphologie des follicules dentaires, leur irrigation et leur innervation. Pour lui, chez le fœtus et chez le jeune enfant jusqu'à six ou sept ans, il existerait deux canaux et deux artères dentaires très apparentes. Etant donné la rareté actuelle de ce travail nous ne saurions mieux faire que de reproduire texte et schémas (voy. fig. 1) :

On peut voir ces deux canaux d'une manière très distincte, sur une mâchoire desséchée soit chez le fœtus, soit chez l'enfant à l'époque que nous avons déterminée. De ces canaux l'un est supérieur, l'autre est inférieur ; ce dernier logeant une artère particulière, comme nous le dirons, est très développé chez le fœtus, son diamètre augmente jusque vers l'âge de 3 ou 4 ans, ensuite son calibre se rétrécit graduellement et de 8 à 9 ans — il s'oblitère entièrement. Quelquefois cependant il se conserve plus longtemps, je l'ai rencontré chez une femme de 35 ans. Ce canal, situé au-dessous du canal dentaire qui reste toute la vie, en est séparé par une lame osseuse assez épaisse ; cette lame

est percée d'une très petite ouverture placée à la base des dents, où doivent pénétrer les rameaux artériels. Ce canal paraît se rendre spécialement à la partie antérieure de l'arc de la mâchoire, communique



Fig. 1. — Schémas empruntés à Serres (Musée de l'Ecole dentaire de Paris). A, artère de la dentition permanente. B, artère de la dentition temporaire.

ensuite au dehors par une très petite ouverture, située au-dessous des canines, un peu plus bas que le trou mentonnier. Je conserve plusieurs mâchoires où l'on voit très manifestement cette terminaison.

L'artère est double, comme le canal, chez l'enfant et chez le fœtus. Cette artère parvenue entre le condyle et l'apophyse coronoïde se divise en deux branches : l'une pénètre dans le canal dentaire supérieur, l'autre dans le canal dentaire inférieur. Avant de décrire cette nouvelle artère, je ferai observer que chez le fœtus et chez l'enfant de 2 ou 3 ans, l'artère dentaire supérieure, parvenue au trou mentonnier n'envoie que de très petits rameaux, qui semblent se distribuer principalement sur les germes de la seconde dentition et sur les bandelettes fibreuses, qui doivent former les alvéoles.

Voici la distribution de la seconde dont aucun anatomiste n'a encore parlé. Sitôt après la division de l'artère dentaire, celle-ci plonge de haut en bas au-dessous de la première, entre dans le canal inférieur, le parcourt jusqu'à la première petite molaire de la 1ere dentition sans donner de rameau important; parvenue au-dessous de cette dent, elle lui envoie une branche qui s'y distribue. Elle en envoie ensuite aux incisives et aux canines de la première dentition. Après s'être ainsi distribuée, elle forme autour de la symphyse un réseau vasculaire très dévéloppé et sort par l'ouverture située au-dessous des canines où elle s'anastomose avec l'artère dentaire supérieure. Son calibre, presqu'égal à celui-ci à l'âge d'un et deux ans, va en se rétrécissant graduellement jusqu'à l'époque de six et sept ans où elle s'oblitère, quelquefois plus tôt, mais jamais plus tard... L'artère de la dentition n'a point de nerf qui l'accompagne. Ce nerf est suppléé par le plexus dentaire .

Pour obtenir de semblables résultats, Serres injecte au préalable les artères de ses sujets, par une masse à base de vermillon qu'il pousse par la partie inférieure du ventricule gauche du cœur. Puis les pièces prélevées sont soumises à une plus ou moins grande décalcification, qui facilite leur dissection.

Serres, on le voit, est très affirmatif : deux canaux, deux artères. Humphry dans son *Treatise of the human Skeleton* (1858) ne l'est pas moins, il donne une description identique des deux canaux et leur assigne le même rôle.

En 1864, Rambaud et Renault reprennent l'étude de ces détails anatomiques, en se basant sur la description de pièces dépourvues de parties molles. Pour eux, il existe deux canaux incisifs, qui dépendent du canal le plus inférieur, tandis que le canal supérieur aboutit directement au trou mentonnier. Au supérieur, ils donnent le nom de *canal permanent,* et celui de *canal transitoire* ou *canal des incisives,* mais sans qu'aucune autre recherche anatomique leur permette d'assigner un rôle quelconque à ces canaux (voy. fig. 2).

M. Grüber, en recherchant les anomalies de nombre de l'orifice mentonnier, indique en 1872 que, dans certains cas, l'orifice mentonnier surnuméraire n'est autre que le *foramen mentale anterius* d'Humphry persistant chez l'adulte et correspondant à l'orifice antérieur du canal dentaire temporaire du fœtus et de l'enfant.

C'est cette idée, que reprennent Bertelli en 1903 et Le Double en 1906, en différenciant de cette précédente anomalie les cas où le trou mentonnier est divisé, par l'interposition de ponts osseux, en plusieurs orifices.



Fig. 2. — Les canaux dentaires chez le fœtus à terme d'après l'atlas de Rambaud et Renault.

En 1906, Robinson décrit un troisième canal qui n'est autre que le canal destiné à loger le premier rameau collatéral du paquet vasculo-nerveux dentaire inférieur et lui donne le nom de *canal de la troisième dentition*. Il ajoute que son contenu se rend aux dents de sagesse et qu'il disparaît vers la huitième année. Ces deux choses semblent pourtant contradictoires, les follicules des troisièmes grosses molaires, vers la huitième année, sont de formation récente (ce n'est que la douzième année que la dentine apparaît dans ces germes) et on ne peut comprendre qu'un canal ayant un tel rôle disparaisse avant la formation de l'organe auquel il se rend.

Adain, dans sa thèse (Paris, 1909), renchérit pourtant sur les affirmations de Robinson : « Puisqu'il existe, écrit-il, un canal qu'on appelle transitoire et un canal qu'on appelle permanent, qui supplante le premier au neuvième mois (?) il est logique de conclure qu'une troisième dentition appelle un troisième canal ». Et de là, il échafaude une théorie patho-

génique des accidents des dents de sagesse, d'après laquelle la persistance de ce troisième et de son contenu chez l'adulte explique les complications infectieuses.

De cet exposé, il résulte que la conception de l'irrigation des dents temporaires établie par Serres est devenue classique, sans qu'aucune autre recherche soit venue la confirmer ou l'infirmer. Dans ces conditions, nous avons pensé que cette question méritait d'être reprise, c'est pourquoi nous avons tenté d'élucider les trois points suivants :

1° L'existence et la morphologie du canal décrit par Serres ;

2° Le contenu de ce canal ;

3° L'existence de ce canal chez l'adulte.

Le canal de Serres [1].

Avant le quatrième mois de la vie intra-utérine, chaque moitié de maxillaire affecte dans son ensemble la forme d'une gouttière ouverte en arrière. Ce n'est que dans le courant du cinquième mois qu'apparaissent les premières cloisons alvéolaires au niveau du follicule de la canine temporaire et que la gouttière se ferme dans sa partie postérieure, par soudure de la pièce de Spix à la branche montante. Dès cette époque, on peut constater la présence de deux orifices au niveau de l'épine de Spix. L'un, inférieur et externe, correspond à un canal sous-jacent aux loges alvéolaires qui court dans l'épaisseur du corps de l'os jusqu'au niveau du follicule de la canine temporaire où il s'ouvre au dehors par un petit orifice. C'est le canal de Serres. Le plafond de ce canal n'est pas entièrement formé et au niveau de la loge alvéolaire la plus postérieure, il présente une large déhiscence. L'orifice supérieur et interne, plus volumineux, communique largement avec la loge postérieure où il semble se continuer en une rainure parallèle au corps de l'os. L'orifice mentonnier est alors formé et se

1. C'est sous le nom de canal de Serres que nous désignerons le canal de la dentition temporaire, cette appellation ayant l'avantage de ne pas présumer du rôle joué par ce canal et le mérite de rappeler l'anatomiste qui l'a découvert.

continue en un court canal s'ouvrant à la partie antérieure de la loge postérieure. Enfin, sous les cloisons alvéolaires, on note de petites arches osseuses où passe le paquet vasculo-nerveux incisif, ainsi que l'examen de pièces fraîches et convenablement injectées nous a permis de le voir. Orifice dentaire postérieur, canal mentonnier et canal incisif tels sont les points déjà formés du canal dentaire de l'adulte au cinquième mois de la vie intra-utérine (voy. fig. 3 et 4 et planche I fig. 1).

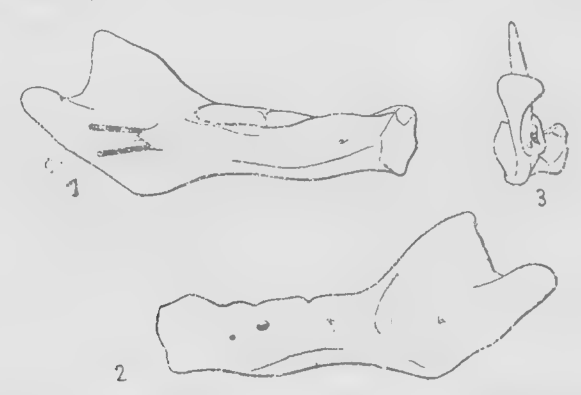


Fig. 3. — Maxillaire inférieur côté gauche d'un fœtus 17.5/26×1.
1° Face interne.
2° Face externe *en avant du trou mentonnier, l'orifice antérieur du canal de Serres.*
3° Face postérieure *à côté du canal dentaire, l'orifice postérieur du canal de Serres.*

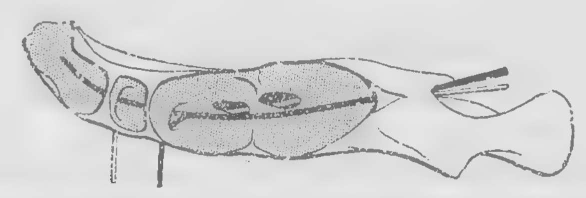


Fig. 4. — Maxillaire inférieur côté gauche d'un fœtus 17.5/26 face supérieure × 2.
Le trait blanc correspond au canal de Serres, le trait noir au canal dentaire.

Au neuvième mois, la gouttière maxillaire est subdivisée en cinq loges d'inégales dimensions par quatre cloisons alvéolaires. La loge postérieure plus grande renferme les follicules de la seconde molaire temporaire et de la molaire

de six ans ; à l'état frais une cloison fibreuse ébauche de la future cloison osseuse sépare ces deux follicules. Les quatre premières loges offrent dans leur partie inférieure de petits pertuis communiquant avec le canal incisif. Il est assez difficile de cathétériser ce dernier, mais la section en nombreux tronçons de la partie antérieure du maxillaire permet d'y arriver (V. fig. 5). Le canal incisif débouche dans la cinquième loge en un point très voisin de celui où débouche le canal mentonnier. De leur union part une rainure longitudinale, ébauche, terminale du canal dentaire, parcourant

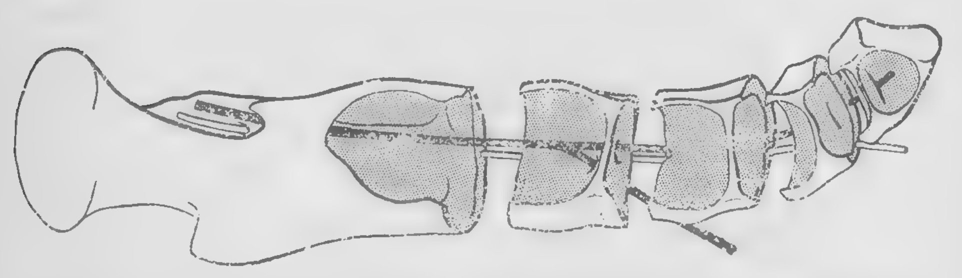


Fig. 5. — Maxillaire inférieur côté droit d'un fœtus 30/42 début de 9e mois face supérieure × 2,5.
Le trait blanc correspond au canal de Serres, le trait noir au canal dentaire.

la loge d'avant en arrière jusqu'au niveau de l'orifice dentaire inférieur le plus supérieur et le plus interne. Rambaud et Renault ne semblent pas être de cet avis lorsqu'ils décrivent et représentent deux canaux incisifs dépendant du canal de Serres, mais il ne faut pas oublier que leurs recherches ont porté sur des maxillaires préparés et que seules les pièces fraîches peuvent donner quelque certitude à ce sujet. Dans toutes nos dissections sur pièces injectées ou non, toujours le canal incisif appartenait au canal le plus supérieur, c'est-à-dire à celui qui correspond au canal dentaire de l'adulte.

Au-dessus de celui-ci s'observe presque constamment un autre canal de dimensions plus réduites qui correspond aux premières branches collatérales de l'artère dentaire inférieure et du nerf. Dissection et radiographie nous ont toujours montré que, dès cet âge-là, le premier paquet vasculo-

nerveux allant à la partie postérieure du follicule de la molaire de six ans se trouvait dans un conduit osseux. Il présente une direction oblique de bas en haut et d'arrière en avant par rapport au canal dentaire. C'est le canal décrit par Robinson et improprement dénommé par lui canal de la troisième dentition ; il en possède la situation anatomique.

Sous-jacent et plus externe que le trou dentaire postérieur se trouve l'orifice postérieur du canal de Serres. Souvent cet orifice est reporté en arrière à égale distance à peu près du condyle et de l'angle du maxillaire ; nous avons parfois observé dans ce cas-là une déhiscence du canal de Serres avant son entrée dans le corps de l'os (Voy. fig. 6). Jusqu'au

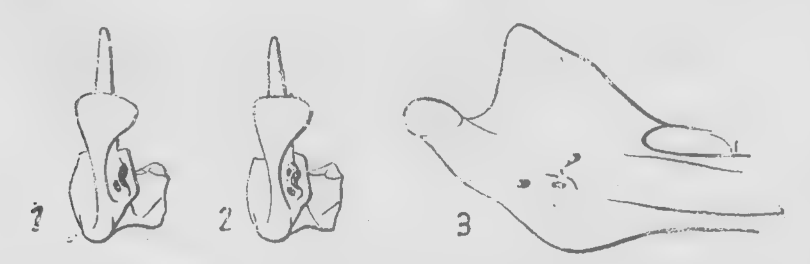


Fig. 6. — Variations des orifices postérieurs chez le fœtus à terme.
1. *Les orifices des deux canaux existent seuls.*
2. *Il existe en outre un orifice pour le premier paquet vasculo-nerveux collatéral (Canal mandibulaire ou de 3e dentition de Robinson ou d'Adain).*
3. *L'orifice du canal de Serres est très postérieur, mais la paroi interne de ce canal présente une déhiscence.*

niveau de la cloison alvéolaire séparant les follicules des deux molaires temporaires, ce canal possède la même direction que celle du canal dentaire, puis il décrit une légère courbure à concavité externe et va déboucher au dehors entre l'orifice mentonnier et la symphyse (ouverture externe du canal de la dentition de Serres (*foramen mentale anterius de Humphry*). Son calibre est très irrégulier : 1 mm. de diamètre environ dans sa partie postérieure, beaucoup moins dans sa partie courbe, si bien que l'orifice antérieur ne dépasse pas, lorsqu'il est bien développé, 0 mm. 4 à 0 mm. 5.

Nous avons recherché la fréquence des orifices antérieur

et postérieur de ce canal sur les maxillaires de fœtus à terme et d'enfants que nous avons eus à notre disposition tant dans les collections de la Maternité de Montpellier, qu'au Musée de la Faculté et à l'École d'Anthropologie de Paris. Voici nos résultats :

Fœtus à terme (20 obs.).

Côté gauche :	orifice antérieur......	70	0/0
	— postérieur.....	100	0/0
Côté droit :	orifice antérieur......	80	0/0
	— postérieur.....	100	0/0

Enfant de moins d'un an (10 obs.).

Côté gauche :	orifice antérieur......	50	0/0
	— postérieur.....	100	0/0
Côté droit :	orifice antérieur......	80	0/0
	— postérieur....	100	0/0

Enfants de plus d'un an et de moins de 6 *ans* (19 obs.).

Côté gauche :	orifice antérieur......	52	0/0
	— postérieur.....	88	0/0
Côté droit :	orifice antérieur......	68	0/0
	— postérieur.....	84	0/0

Enfants de plus de 6 *ans et de moins de* 8 *ans* (7 obs.).

Côté gauche :	orifice antérieur......	45	0/0
	— postérieur.....	88	0/0
Côté droit :	orifice antérieur......	45	0/0
	— postérieur.....	88	0/0

Ces chiffres indiquent la disparition progressive des orifices, plus rapide pour les antérieurs que pour les postérieurs. Malheureusement ces chiffres n'ont rien de rigoureux, car leur existence n'est pas forcément liée à la présence du canal. C'est ainsi que sur un enfant de trois ans disséqué par nous, bien qu'il existât deux orifices nettement visibles, le canal était absent. Ces deux orifices donnaient passage à deux artérioles de trajet très court, l'artère postérieure se perdait dans le tissu spongieux et l'antérieure dans le plan entourant les coques osseuses des follicules des incisives et canines permanentes.

En résumé *chez le fœtus et chez le jeune enfant jusqu'aux environs de la huitième année, ainsi que l'avait décrit Serres il existe deux canaux s'abouchant au niveau de l'épine de Spix et pénétrant dans le corps du maxillaire inférieur.*

Le canal supérieur se bifurque en canal mentonnier et en canal incisif contrairement à l'opinion de Rambaud et Renault. C'est le canal dentaire inférieur de l'adulte.

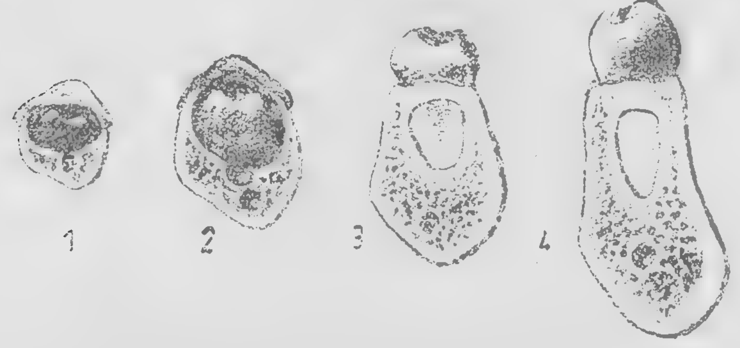


Fig. 7. — Coupes transversales du corps du maxillaire inférieur aux différents âges :

1° *Fœtus de* 5 *mois* × 2 ;
2° *Fœtus à terme* × 2
3° *Enfant de* 3 *ans* × 1 ;
4° *Adulte* × 1.

Le canal inférieur s'ouvre en avant, dans la plupart des cas, par un orifice situé à égale distance de la symphyse et de l'orifice mentonnier, mais à un niveau plus bas que ce dernier. Les orifices de ce canal tendent à s'obturer avec l'âge et cela plus du côté droit que du côté gauche et les antérieurs plus que les postérieurs.

Le plus souvent on observe un troisième canal susjacent au canal dentaire inférieur, mais il s'agit d'un canal collatéral et non d'un canal de 3e dentition comme Robinson l'interprète. Ce canal va de l'épine de Spix au dernier follicule dentaire de la rangée.

(A suivre.)

REVUE DES REVUES

LA POLYARTHRITE ALVÉOLAIRE DEPUIS LE QUATERNAIRE JUSQU'A L'ÉPOQUE ROMAINE

Par le Dr Marcel Baudouin (Paris),

Secrétaire général de la Société préhistorique française, Rédacteur en chef de l'*Homme préhistorique*.

La *Polyarthrite alvéolaire* est une affection des mâchoires, aujourd'hui bien connue des médecins, et surtout des spécialistes de l'art dentaire.

Comme elle laisse sur les maxillaires des traces qui sont parfois très intenses et des lésisons profondes, il y a été possible à des observateurs avertis de la diagnostiquer sur de nombreux ossements, trouvés, depuis une dizaine d'années, au cours de diverses fouilles préhistoriques.

Jadis on ne prêtait pas la moindre attention à ces lésions, qui étaient confondues avec les altérations physiologiques, dues à la vieillesse ; et on ne recueillait pas ces pièces dans les Musées ou dans les Laboratoires.

Aujourd'hui que la question des origines de la pathologie dentaire a pris une importance de premier ordre, qu'elle mérite au demeurant ; que celle de la carie dentaire peut fournir des résultats précieux, en ce qui concerne la civilisation des époques passées ; et que les rapports de cette carie avec la polyarthrite méritent d'être établis, surtout pour les périodes antérieures aux temps présents, il y a un réel intérêt à étudier l'évolution de cette polyarthrite dans la série des âges, depuis le moment où l'espèce homme est parue sur la terre, jusqu'au milieu du siècle dernier, époque où Magitot publia les premières descriptions magistrales de cette bizarre maladie.

Or, le hasard veut qu'on ait déjà trouvé des maxillaires atteints, remontant très haut dans la série des temps ! Il ne peut donc qu'être fort utile de les comparer avec des pièces plus modernes.

I. — Paléolithique (Pierre taillée).

L'observation correspondant à la maladie LA PLUS ANCIENNE est celle qui est relative à l'*Homme fossile* dit de *La Chapelle-aux-Saints*, qui remonte au *Paléolithique* moyen et en particu-

lier à l'*Epoque moustérienne* (c'est-à-dire de 20 à 30.000 ans avant J.-C. au moins).

Les pièces sont actuellement déposées au Museum d'histoire naturelle de Paris et dépendent du Laboratoire de la chaire de paléontologie. Mais le *diagnostic de la lésion* n'a été fait qu'en 1911 par M. Choquet, professeur à l'Ecole dentaire de Paris. En ce qui me concerne, je l'avais fait dès 1909, au seul examen de la photographie de la mâchoire inférieure, parue dans le journal l'*Illustration* (20 février 1909).

En réalité, l'étude des os malades a été faite par M. Choquet, ainsi que l'a indiqué M. le Pr M. Boule, dans une note additionnelle à sa description anatomique de l'homme de la Chapelle-aux-Saints [1].

Cette note est ainsi rédigée :

« M. Choquet, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, qui a fait l'étude des mâchoires de notre fossile, au point de vue pathologique, y a reconnu des lésions typiques d'un processus, *en tout point semblable* à ceux d'une lésion, qui est actuellement connue, sous le nom de *Gingivite expulsive* ou de *Polyarthrite alvéolaire-dentaire.* »

Cette phrase, quoique très claire, n'est d'ailleurs pas très *affirmative* ! Il aurait fallu écrire, en effet, non pas : « *processus en tout point semblable...* »*;* mais bien : « C'est le *processus même de la Polyarthrite alvéolaire dentaire!* » Ce qui n'est pas du tout la même chose. — En effet, leurs processus peuvent être *en tout point semblables* au point de vue *anatomo-pathologique,* et ne pas avoir la même cause étiologique...

En tout cas, à cette époque, M. le Pr Boule n'a pas, personnellement, confirmé, par un mot quelconque, le diagnostic, approché, formulé, ci-dessus.

Dans l'été 1911, M. Choquet, au cinquième *Congrès international des dentistes à Berlin,* fit une importante communication sur les mâchoires de l'homme de La Chapelle-aux-Saints, comme l'a indiqué, en mars 1912, M. le Pr Boule, dans les termes suivants :

«... La chute prématurée d'une dent, sous l'influence d'un processus pathologique, qui nous semble en *tout point semblable* à celui qui est connu actuellement sous le nom de gingivite expulsive ou polyarthrite alvéolo-dentaire [2], a été suivie de phénomènes de résorption du bord alvéolaire »... — Avec en note, ces mots :

---

1. M. Boule. — L'Homme fossile de la Chapelle-aux-Saints — *Ann. de Paléontologie,* 1911, t. VI. fasc. 3-4, p. 19 et 127.

2. *Annales de Paléontologie,* t. VII, fasc. I, mars 1912, p. 99.

« Par J. Choquet — *Communication directe de l'auteur ; et Verhandlungen des V. Internt. Zanärztl. Kongress*, Berlin, Bd. I, p. 57-93. »

Comme on le voit, en mars 1912, c'est la répétition des mêmes termes qu'en 1911.

M. le Pr Boule n'est pas encore tout à fait affirmatif !

Le tableau change en juillet 1912 [1]. M. Boule aborde carrément le problème et déclare nettement qu'il y a polyarthrite déformante.

Voici d'ailleurs son texte même :

1° « Celui (l'alvéole) de la canine gauche (du maxillaire *supérieur*) est peu profond, *spongieux:* ce qui, d'après M. Choquet, est dû aux *phénomènes d'expulsion* survenus en cours d'*évolution*... Toujours du côté gauche vient ensuite l'alvéole à deux compartiments de la première prémolaire, également profond et *spongieux*... »

2° « A la *mâchoire inférieure*, du côté droit, au niveau des incisives, de la canine, et de la première prémolaire, les divers alvéoles confluent en de grandes cavités irrégulières, véritables *pertes de substance* résultant d'une SUPPURATION CHRONIQUE et consécutives à des phénomènes de GINGIVITE EXPULSIVE OU POLYARTHRITE ALVÉOLO-DENTAIRE. Cette NÉCROSE a atteint le CORPS MÊME DU maxillaire. »

« L'alvéole de la deuxième prémolaire est beaucoup plus net que les précédents. Toujours d'après M. Choquet, cet alvéole, qui n'a plus sa direction primitive, mais qui est fortement incliné en avant, a renfermé une dent, atteinte de la même maladie que ses voisines. Les arrière-molaires n'ont laissé aucune trace de ce côté ; la crête alvéolaire correspondante est *très déprimée* et *concave*. »

« Du côté gauche, les alvéoles des incisives et de la canine sont bien conservés ; les phénomènes pathologiques sont, ici, peu marqués et ne se traduisent guère que par la profondeur relativement faible aux alvéoles... »

« A partir de la deuxième prémolaire, le maxillaire est RÉSORBÉ ; la crête alvéolaire est très enfoncée et SPONGIEUSE. Mais on reconnaît parfaitement l'emplacement de la troisième arrière-molaire, représenté par un vestige d'alvéole, « à fond et à bords *spongieux*, laissant supposer que la dent qui y était incluse était tombée peu de temps avant la mort de l'individu » (Cette dernière phrase est entre guillemets, sans doute parce qu'elle est due aussi à M. Choquet).

---

1. *Annales de Paléontologie*, t. VII, juillet 1912, fascicule II, p. 102-103.

C'est tout ce que dit M. le Pr Boule — d'après M. Choquet presque toujours — de la maladie, si intéressante, de l'*Homme de La Chapelle-aux-Saints!* Il est vraiment regrettable que l'éminent paléontologiste n'ait pas décrit, avec plus de détails, ces lésions pathologiques. Aussi sommes-nous obligé de renvoyer le lecteur, désireux de s'instruire davantage, à l'étude même de M. Choquet, que nous n'avons pas pu encore parcourir. Pourtant, tout cela était au moins aussi intéressant que l'étude anatomique proprement dite des mâchoires !

Quoi qu'il en soit, ces maxillaires paraissent donc atteints de la maladie que l'on connaît actuellement sous le nom de POLYARTHRITE ALVÉOLAIRE et qu'on désignait autrefois sous les dénominations d'*Ostéopériostite alvéolaire* ou de *Gingivite expulsive* (Magitot), etc.., comme je l'ai soutenu dans un article récent.

L'examen attentif du moulage que j'ai vu à Genève (1912) n'a pu que me confirmer dans mon diagnostic, établi, il y a plusieurs années déjà, sur la seule photographie à *grande échelle* alors parue.

Pour ne pas compliquer les remarques que j'ai maintenant à faire, à propos de cette affection chez ce sujet, je me bornerai à signaler ce qui existe sur le moulage de la *mandibule*, sans parler des *maxillaires supérieurs* que je n'ai pas pu examiner de près — on sait qu'il n'est pas possible à un profane de manier de telles pièces, même dans un Laboratoire officiel ! — mais qui sont également malades, d'après le texte ci-dessus.

La mandibule de l'homme de La Chapelle-aux-Saints ne présente *pas trace*, des *côtés gauche* et *droit* — si mes souvenirs visuels sont exacts — de *molaires*. Toutes ces dents sont *tombées*. Cette chute a eu lieu *très longtemps avant la mort* du sujet, d'ailleurs *âgé*, puisque le bord avéolaire supérieur du maxillaire est totalement *dépourvu d'alvéoles* et surtout parce que la hauteur de la branche horizontale de cet os, au lieu d'avoir, derrière le trou mentonnier, la même hauteur qu'en avant, est *presque moitié moins haute*. Le bord supérieur est même complètement *arrondi :* ce qui indique une *résorption osseuse considérable dans toute cette région*, alors qu'au niveau de la canine, des incisives et des prémolaires, il n'y a pas la moindre résorption et que les alvéoles sont intacts.

Or, ce caractère est absolument *d'ordre pathologique*. Il n'a aucun rapport avec la *vieillesse* seule, c'est-à-dire avec la chute *spontanée* des dents.

Chez le vieillard, certes, les *molaires* tombent aussi d'arrière en avant ; mais elles ne disparaissent que les unes après les autres, sans régularité et non presque toutes en même temps. D'autre

part, en même temps que des molaires s'en vont, des incisives tombent aussi.

Il en résulte qu'il y a des points localisés du rebord alvéolaire qui s'atrophient bien plus rapidement que les autres ; il y a, par suite, si l'on peut ainsi parler, un bord à *dents de scie* et un maxillaire de hauteurs inégales, suivant tel ou tel alvéole considéré. La résorption n'est pas uniforme. Dans la vieillesse, le bord alvéolaire supérieur ne s'égalise donc complètement que très tardivement. D'autre part, ce bord, au lieu d'être *arrondi, s'aplatit énormément :* ce qui, à la longue, entraîne le fameux *menton de galoche,* bien connu !

Résumons-nous, en disant, à nouveau [1], qu'il est impossible de confondre un maxillaire de vieillard, même dont toutes les molaires, grosses et petites, seraient tombées naturellement, par résorption spontanée des racines, avec un maxillaire d'adulte, — fût-il aussi âgé que celui de l'*Homme de La Chapelle-aux-Saints,* — dont les seules grosses molaires ont disparu, la *branche horizontale* de l'os [2] et la *région mentonnière,* à incisives, canines et prémolaires, ayant l'aspect adulte et la forme normale sur ce squelette !

Ce qui complique le problème chez l'*Homme de La Chapelle-aux-Saints,* c'est que les lésions sont BILATÉRALES et que de ce fait elles ressemblent davantage aux phénomènes normaux de *chute spontanée des molaires* de la vieillesse. Mais, lors de mes premières études sur la *Polyarthrtie alvéolaire préhistorique,* je n'étais pas du tout dans des conditions aussi mauvaises ; et c'est ce qui m'a ouvert les yeux sur ce fait !

Il résulte de ce que je viens de dire que le maxillaire inférieur,

---

1. Marcel BAUDOUIN. — *La Polyarthrite alvéolaire à l'époque paléolithique.* — *Semaine médicale*, Paris, 1912, 22 octobre, p. CLXX-CLXXI, 2 figures.

2. On a beaucoup discuté à propos de l'angle que fait la branche montante sur la branche horizontale du maxillaire inférieur. On a voulu y voir un *signe de vieillesse*, quand cet angle est plus ouvert, c'est-à-dire *plus grand* que normalement. Et l'on ne manquera pas de se servir de cet argument, dans le cas de l'*Homme de La chapelle-aux-Saints*, pour avancer que ce sujet est *très vieux*, et que, par suite, la chute de ses molaires n'est que *spontanée* et n'est due qu'à la *vieillesse* et non pas à une *maladie* quelconque.

Je répondrai trois choses : 1° d'après mes recherches personnelles, cet angle *ne s'ouvre pas chez tous les vieillards ;* 2° d'autre part, quand il s'ouvre chez eux, il ne s'ouvre guère que dans des conditions données *(chute complète* de toutes les dents, *incisives* comme *grosses molaires*) ; 3° il s'ouvre surtout dans des cas *pathologiques* spéciaux et en dehors de la vieillesse.

J'ajouterai, en outre, que si, sur la mandibule de La Chapelle-aux-Saints, cet angle est indiscutablement plus ouvert qu'à l'état ordinaire, cela tient d'abord à la *race* de l'individu ; puis aux changements suvenus dans le bord, alvéolaire supérieur par suite de *maladie ;* enfin à l'*âge*, évidemment élevé. Mais je ferai rembarquer tout de suite que cette inclinaison n'a pas les caractères de celle des octogénaires édentés actuels.

en particulier, de l'homme de La Chapelle-aux-Saints, est *malade*, et non pas normal. Par conséquent, il ne doit pas être pris comme type pour la description de cet os chez *Homo neanderthalensis*. Le sujet jeune de La Quina et le fragment d'os d'*adulte* de ce gisement peuvent, seuls, jusqu'à présent, nous renseigner sur la conformation et la puissance de sa mandibule.

Il y avait donc un intérêt scientifique de premier ordre à insister sur cette *maladie*, en ce qui concerne l'*Homo neanderthalensis*, non seulement au point de vue *pathologique*, mais aussi au point de vue *anatomique* et zoologique.

Il ne faudra pas, surtout, dans l'avenir, essayer, avec cette pièce, de reconstituer la mâchoire normale, car ce serait partir de la pathologie, c'est-à-dire de l'anatomie pathologique, pour imaginer une anatomie normale : opération à laquelle il ne faut se livrer qu'avec les plus grandes réserves !

Le crâne de La Quina, découvert par M. le Dr Henri Martin [1], se rapportant à un sujet beaucoup plus jeune, avait peu de chances de présenter des lésions analogues. Pourtant, M. le Dr Siffre (de Paris), qui l'a examiné spécialement au point de vue dentaire, a nettement constaté l'existence d'une *Gingivite marginale*, localisée en certains points et due au tartre, surtout abondant au niveau des molaires. Il a, au demeurant, noté qu'on ne voyait « pas trace d'infection plus profonde, ayant donné de la *Polyarthrite de l'alvéole* ».

L'existence de cette gingivite intermolaire a, d'ailleurs, amené le sujet de La Quina à faire *usage d'un cure-dents:* ce dont on a pu retrouver très nettement la preuve à l'aide des *traces* que cet appareil hygiénique laisse sur les dents [2]. Il ne faut pas s'étonner d'une telle coutume, même à une époque aussi lontaine ! En effet, comme je l'ai rappelé [3], aux Indes, le soin des dents est le résultat de *rites religieux*, qui remontent à plus de trois mille ans ; et, à notre époque encore, les Hindous ont l'habitude de nettoyer leurs dents avec de petites *baguettes en bois souple*, provenant de certains arbres, aujourd'hui *sacrés*. On sait, d'ailleurs, que le cure-dents est toujours très employé, de nos jours, chez les nègres d'Afrique. Cet instrument est donc le *premier appareil d'hygiène qui ait été imaginé*, puisqu'il remonte à au moins 30.000 ans !

---

1. H. MARTIN. — L'homme fossile moustérien de La Quina (Charente). — *Bull. de la Soc. préhistorique française*, séance du 27 juin 1912, p. 489.

2. A. SIFFRE. — Note sur une usure spéciale des molaires du squelette de La Quina. — *Bull. de la Soc. préhistorique française*, séance du 28 déc. 1911, p. 741.

3. Marcel BAUDOUIN. — *In* Discussion sur les usures des dents néolithiques. — *Bull. de la Soc. préhistorique française*, séance du 27 juin 1912, p. 387-388.

Toujours à propos de la polyarthrite alvéolaire, il est aussi utile de dire, je crois, sans vouloir faire ici une brève revue des affections des dents aux époques préhistoriques que, jusqu'à présent, il n'existe pas un seul cas authentique de véritable CARIE DENTAIRE pour les hommes de l'époque du *Paléolithique moyen*, c'est-à-dire de la race de Néanderthal, alors que, comme nous l'avons démontré, cette lésion apparaît nettement au *Néolithique*, c'est-à-dire avec l'agriculture, le polissage de la pierre, et surtout la civilisation, quoique avec une fréquence *dix fois* moindre qu'à l'époque actuelle [1].

Le sujet jeune de La Quina ne présente pas, en effet, la moindre trace de carie; et l'on peut ajouter que c'est presque le seul qui ait été jusqu'ici bien étudié à ce point de vue. La mandibule d'*adulte* de La Quina n'en présente pas davantage [2]. J'ai examiné moi-même les moulages des dents de l'*Homme moustérien de l'île Jersey*; et je n'y ai pas vu non plus trace de carie [3].

Ce sont là des constatations de capitale importance, car elles montrent que la *Polyarthrite alvéolaire* a pu apparaître alors que la *Carie* dentaire était encore très rare, si même elle existait; et la préhistoire arrive ainsi à prouver — fait vraiment un peu inattendu! — que ces deux lésions, jadis rapprochées cliniquement, sinon confondues, sont, en réalité, très distinctes et n'ont en somme aucune relation l'une avec l'autre! — Ce qui, d'ailleurs, semble bien résulter des travaux modernes des stomatologistes sur ces deux maladies.

La *pathologie dentaire* ouvrant des horizons presque aussi étendus que l'*Anatomie des dents fossiles*, au point de vue de l'alimentation et même du fonctionnement cérébral des hommes préhistoriques, on voit qu'il y avait intérêt puissant à insister sur les constatations précédentes!

II. — NÉOLITHIQUE (Pierre polie).

Récemment, j'ai pu constater un fait analogue, mais plus probant, sur d'autres *os préhistoriques*, moins anciens évidemment (puisqu'ils paraissent *néolithiques* [4]); et j'ai publié ces observa-

---

1. Marcel BAUDOUIN. — La sépulture néolithique de Belleville, à Vendrest (S.-et-M.) — Paris, 1911, p. 247.

2. *Soc. Préh. Franc.*, Paris, séance du 28 nov. 1912 (Henri MARTIN).

3. Marcel BAUDOUIN. — De l'usure des dents de l'homme du Paléolithique inférieur et moyen. — *Arch. provinc. de Chir.*, fév. 1912, p. 65.

4. Marcel BAUDOUIN. — La Grotte de Jammes à Martiel (Aveyron); étude anthropologique et anatomo-pathologique des ossements trouvés (Rapport de mission). — *Bull. et Mém. de la Soc. d'Anthropologie de Paris*, séance du 3 déc. 1908.

tions, qu'on n'a pas pu encore réfuter, à la *Société d'Anthropologie de Paris*.

En effet, dans le cas observé, qui est aussi relatif à une mâchoire inférieure, trouvée dans une grotte, à Martiel (Aveyron), les lésions étaient les suivantes :

« *Dissemblance des deux moitiés*, quand, par le dehors, on les regarde l'une après l'autre de profil. La moitié *droite* apparaît *élevée*, *trapue*, ramassée et forte, avec une branche verticale assez courte. La moitié *gauche*, au contraire, semble *extrêmement grêle* et légère, la branche verticale ayant d'ailleurs les mêmes caractères qu'à droite.

» Cette apparence de gracilité localisée n'est que la conséquence d'une *atrophie osseuse*, prononcée, due à la chute, non spontanée, mais *pathologique*, de la deuxième petite molaire gauche et des trois grosses molaires de ce côté. Les quatre dents inférieures gauches sont tombées ; et il s'est produit, à la longue, à leur niveau, comme d'ordinaire, une très grande résorption de l'os, qui est *réduit* presque à un *cylindre* » (comme celui de *La Chapelle-aux-Saints*).

On peut, de plus, résumer toutes les lésions dentaires du sujet en question comme suit :

« Chute de toutes les grosses *molaires* de la *moitié gauche* de ladite MACHOIRE INFÉRIEURE, et de la *deuxième petite molaire* (pas de la première) de cette même moitié de mâchoire (rien à *droite)* ; mais avec chute de *toutes les grosses molaires des deux* MAXILLAIRES SUPÉRIEURS ». (Lésions *bilatérales*, très importantes, qui nous ramènent à celles de la mâchoire inférieure de *La Chapelle-aux-Saints)*.

J'écrivais alors : « Nous sommes en présence ici d'une *ostéo-périostite alvéolo-dentaire*, qui, de l'avis de Magitot, s'observe de trente à cinquante ans, en première ligne au niveau des *grosses molaires* et des différents côtés de la bouche, et dont la terminaison inévitable est la *perte des dents*, si bien que dès 1861 Marchal de Calvi lui donnait le nom de *Gingivite expulsive*. » Cette chute est, d'ailleurs, la condition *sine qua non* de la guérison du malade.

Toutefois, l'affection n'atteint jamais la *totalité des dents* (Magitot) ; elle est *localisée* à une *région limitée* (comme la résorption spontanée des racines, mais de façon différente).

Je dois ajouter que, quand cette affection est due au *scorbut*, c'est-à-dire à une alimentation mauvaise, la localisation aux *grosses molaires* est la plus fréquente : ce qui peut avoir son intérêt pour le crâne de La Chapelle-aux-Saints, puisqu'il paraît n'avoir pas été atteint, non plus, au niveau des incisives des *maxillaires supérieurs*, d'après ce que j'ai pu voir.

Dans sa thèse, Le Baron, en 1888 a cité un nombre assez considérable de pièces préhistoriques atteintes : 1° d'*exostoses* des maxillaires ; 2° de *cavités kystiques*, qu'il classe sous l'étiquette de *kystes de Magitot*. Je crois que la plupart de ces lésions doivent rentrer dans la *polyarthrite alvéolaire*. Mais, avant de se prononcer, il faudrait reprendre l'étude de tous les os étudiés par Le Baron, à la lumière des doctrines modernes [1].

Je me borne à rappeler que les faits qu'il cite sont relatifs :

a) A des HOMMES DE LA PIERRE POLIE. Allée ouverte de Mantes ; Grottes de Gémenos (Bouches-du-Rhône), de Nogent-les-Vierges (Oise) ; Dolmens d'Airolles, etc. (Gard) ; Dolmens de Rodhesia, etc. (Algérie) ; Dolmens de Maintenon (Eure-et-Loir) ; Dolmens de Chaumont (Oise) ; Dolmens de Merruyls (Lozère) ; Tumulus de Liby (Ardèche) ; Dolmens de Cheilley (Saône-et-Loire).

b) A des malades de l'AGE DU FER (et en particulier) à des *Gaulois* ou des *Gallo-romains*, Tumulus de la Combe-la-Boîteuse (Côte-d'Or). Plusieurs Gaulois de la Marne ; Gaulois de Bussy-le-Château. Tumulus de Bréry (Jura), etc.

Il résulte de là que la maladie dont je m'occupe ici était très fréquente dès l'*époque néolithique*, et *a fortiori*, pendant l'*âge des métaux*, comme on va le voir.

Je dois ajouter que, récemment (1913), j'ai trouvé, dans la liste néolythique de Bazoges-en-Dareds (Vendée), qui m'a fourni plus de cent squelettes, un superbe exemple de polyarthrite alvéolaire de la mâchoire inférieure des deux côtés, et ces débris de mandibule étaient atteints aussi de cette affection, qui, en somme, ne paraît pas très rare à cette époque.

III. — AGE DES MÉTAUX (Fer).

Dans une sépulture, de l'époque gallo-romaine, fouillée aux Chaumes, Saint-Hilaire-de-Riez (Vendée), j'ai trouvé certains crânes, qui m'ont paru être atteints de *Gingivite expulsive* ; mais il m'est impossible d'être absolument affirmatif à ce sujet, pour tous les cas.

En effet, il peut ne s'agir là, pour certains du moins, que *de chute spontanée* et *normale* des dents.

Mais j'insiste sur les crânes suivants : Crâne n° III (*femme* C

---

1. Dans *Æsculape* de juin 1912 (n° 6), on lit (p. 128) : « On peut voir, au Musée Broca plusieurs kystes maxillaires, qui n'ont pas d'autre origine que la *Carie dentaire* ».

Il s'agit là des faits décrits par Le Baron. En réalité, les prétendus kystes doivent être surtout en rapport avec la *Polyarthrite alvéolaire*, maladie qui n'a aucun rapport avec la *Carie dentaire*, comme je l'ai dit plus haut.

très âgée) ; crâne n° XII (*Homme* âgé), où la lésion paraît certaine.

CRANE III. — J'ai rattaché à ce crâne un *maxillaire inférieur*, presque entier, ne possédant plus que les incisives, les canines et *Pm2* des deux côtés. Toutes les *grosses molaires* et *Pm2* SONT TOMBÉES DES DEUX COTÉS ; et les branches HORIZONTALES sont extrêmement ATROPHIÉES. Poids : 47 gr. seulement ! — Je n'hésite pas à voir là un cas analogue à celui que j'ai décrit pour la grotte de Martiel, c'est-à-dire un fait de GINGIVITE EXPULSIVE. — D'ailleurs les dents persistantes sont presque aussi USÉES que les dents d'un néolithique !

Ici mon diagnostic est tout à fait affirmatif, car je note aussi une *absence totale de dents* au maxillaire *supérieur*, dont les *alvéoles* se sont tous *résorbés*, sauf ceux de Pm^2 droite et *Pm* gauche (encore ces alvéoles, dont les dents ont disparu depuis quelque temps, sont-ils presque comblés).

CRANE VI. — Pour ce crâne, au maxillaire *supérieur*, il ne persiste qu'un seul et unique *alvéole* de molaire (M^1), d'ailleurs un peu atrophié. Tous les autres ont *disparu*, en dehors des incisives et des canines. Donc *Gingivite expulsive* très possible. — Le *maxillaire inférieur* a perdu M^3 et M^1 à droite, et M^1 à gauche. *Dents très usées ;* atrophie du bord alvéolaire (Fracture récente à gauche, près branche montante). Lésions un peu moins certaines.

CRANE XII. — *Crâne d'homme très âgé,* auquel paraît correspondre un *maxillaire supérieur* gauche, dont Pm^2, M^1, M^2, M^3 ont disparu (atrophie des alvéoles). *Gingivite expulsive* très probable.

Si les deux derniers faits sont un peu discutables, le premier ne l'est pas du tout ! — Nous retrouvons donc aussi, à l'époque romaine, la polyarthrite alvéolaire.



CONCLUSIONS. — Il résulte des observations précédentes qu'en réalité on a déjà constaté l'existence de la *polyarthrite alvéolaire* depuis les époques les plus reculées jusqu'au début de la période préhistorique en France, et même sur les squelettes les plus *anciens* que l'on connaisse... Ce fait, étonnant, était impossible à prévoir !

Et je ne doute pas que, quand on examinera, comme il convient, les ossements, si nombreux, que l'on possède des époques *Mérovingienne, Carolingienne,* etc., on ne retrouve encore là les traces de cette affection, presque aussi vieille — on peut le dire aujourd'hui — que l'homme lui-même, même NON CIVILISÉ !

Ce n'est donc pas cette *Civilisation,* tant critiquée et accusée de tant de méfaits, qu'il faut mettre ici en cause, puisque *l'Homme Moustérien* ne semble pas avoir vécu en bandes vraiment organisées so-

cialement (Il est vrai qu'on est assez *mal renseigné* à ce sujet...)

Quoi qu'il en soit, il est bien extraordinaire que cette maladie semble jusqu'à présent réservée à l'homme, car je ne crois pas qu'on ait publié des cas pour les animaux, et qu'elle apparaisse *dès le début de l'humanité*, à l'époque où l'espèce homme était encore à peine différenciée.

S'il en est ainsi, c'est le cas de répéter la phrase que j'ai déjà écrite ailleurs : « *Dis-moi de quoi tu souffres ; et je te dirai qui tu es!* » Aphorisme trivial, qui ne fait que traduire une loi de pathologie générale bien connue.

Tout cela, philosophiquement parlant, est de capitale importance, car il semble bien en résulter que l'homme de l'époque du Moustier n'est qu'une variété primitive de l'homme actuel, et non pas le représentant d'une espèce spéciale d'homme à jamais disparue, l'*Homo neanderthalensis*, comme on se plaît à le redire de nos jours au Muséum et ailleurs !

Si, à chaque jour suffit sa peine, à chaque espèce animale correspond donc une Pathologie, aussi précieuse à connaître et à définir que son anatomie!

LA PRÉHISTOIRE — comme l'*histoire* ! — sera donc *médicale* ; ou elle ne sera pas !

(*Gazette médicale de Paris*, 17 décembre 1913.)

LE TRAITEMENT DES DIVISIONS CONGÉNITALES DU PALAIS PAR LA MÉTHODE DE BROPHY, A PROPOS D'UNE STATISTIQUE RÉCENTE

Par Ch. LENORMANT.

L'emploi de l'autoplastie à lambeaux fibro-muqueux est universel, au moins en Europe, pour la cure opératoire des fissures du palais: on discute bien sur l'âge où il convient d'intervenir, sur les procédés de détail, et, depuis quelques années, Lane oppose les lambeaux adhérents seulement par leur base aux lèvres de la fissure aux lambeaux en pont de Langenbeck. Mais, dans tout cela, le principe général reste le même : occlusion de la fente au moyen de la muqueuse des lames palatines, — et aussi l'ordre dans lequel on échelonne les opérations réparatrices, commençant par refaire la lèvre et pratiquant ensuite la suture du palais.

Ce ne fut donc pas sans surprise que les chirurgiens apprirent à connaître la méthode, toute différente, qu'avait imaginée W. T. Brophy, de Chicago. C'est à partir de 1893 que l'auteur américain avait eu l'idée de cette opération et qu'il commença à en fixer

la technique. Mais, en réalité, elle ne fut connue en Europe qu'après la communication de Brophy, au Congrès dentaire international de 1900. Cette communication, je l'ai dit, fut accueillie avec surprise : elle renversait l'ordre habituel de la réparation, puisque l'auteur s'attaquait tout d'abord, et d'une façon très précoce, à la fente palatine elle-même ; elle changeait le principe même et le but de l'opération, puisque Brophy cherchait avant tout le rapprochement mécanique des bords de la fente et qu'il visait à obtenir une soudure osseuse, et non pas une fermeture muqueuse. Elle apportait enfin une technique qui pouvait paraître assez brutale.

Voici, en effet, comment Brophy proposait de procéder. Il faut intervenir de bonne heure, entre la deuxième semaine et le troisième mois après la naissance, pour profiter de la malléabilité encore très grande du squelette, incomplètement calcifié, du massif facial. L'enfant étant endormi et après mise en place d'un ouvre-bouche spécial, on avive au bistouri les bords de la fissure, en entamant l'os lui-même. Avec une forte aiguille, armée d'un gros fil de soie, on perfore le maxillaire, dans toute son épaisseur, le plus loin possible en arrière de l'apophyse malaire, au-dessus de la lame palatine : l'aiguille entre par la face externe de l'os, dans le vestibule de la bouche, et vient sortir dans la fente palatine. En répétant la même manœuvre sur l'autre maxillaire, on a un fil qui traverse les deux os et, entre eux, la cloison nasale lorsque celle-ci est en continuité avec une des lames palatines ; on remplace le fil de soie primitivement placé par un fil d'argent. Puis on introduit, de la même manière, un second fil qui traverse les deux maxillaires en avant de l'apophyse malaire. On façonne alors deux lames de plomb de telle sorte qu'elles épousent exactement le contour de chaque moitié de la face externe du rebord alvéolaire et, dans les trous dont sont percées ces lames, on fait passer les chefs correspondants des fils d'argent. On noue ensemble les chefs d'un des côtés ; puis, tirant sur les deux autres chefs des fils, en même temps qu'on agit avec les doigts sur les maxillaires, on rapproche progressivement ces os jusqu'à ce que les bords de la fissure viennent en contact : ceci obtenu, on noue les fils. Quand le squelette est malléable, le rapprochement peut être réalisé sans grand effort. Quand l'os résiste, Brophy n'hésite pas à inciser la muqueuse sur l'apophyse malaire, et à faire, au bistouri, une véritable ostéotomie du maxillaire. Les fils métalliques sont enlevés au bout de deux à quatre semaines, et à ce moment les bords de la fente se sont soudés ; ce n'est qu'ensuite que l'on procède à la reconstitution de la lèvre.

Les faits rapportés par Brophy parurent étonnants, mais ils

ne laissaient pas que d'impressionner les chirurgiens, car les résultats de l'auteur américain étaient remarquablement beaux : Brophy disait avoir opéré 570 sujets atteints de division palatine et n'en avoir perdu que 3 ; sur ce nombre, il y avait 211 enfants de moins de cinq mois, opérés suivant la technique que je viens de décrire, et qui tous avaient guéri. D'après ses publications les plus récentes, le nombre des cas traités par Brophy approcherait aujourd'hui d'un millier, et l'auteur est toujours aussi satisfait des résultats.

On chercha donc à l'imiter. En France, Brophy lui-même opéra un malade dans le service de Kirmisson, et deux autres enfants furent opérés, l'un par Kirmisson, l'autre par Sébileau. En Angleterre, Stoker pratiqua trois fois l'opération nouvelle et s'en déclara satisfait ; Berry la tenta chez 10 malades. Mais les résultats obtenus furent loin des succès éclatants de Brophy. Tout d'abord, l'opération apparut singulièrement plus grave que ne l'avait dit son promoteur, puisque Kirmisson perdit son opéré et que Berry eut 4 morts sur 10 cas. De plus, son efficacité était loin d'être constante : le malade opéré par Brophy, celui de Sébileau conservaient, après quelques années, leur fissure palatine. Enfin l'opération peut détruire des germes dentaires, amener des atrophies graves des maxillaires et une déformation de toute la face, ainsi qu'en témoigne le cas de Sébileau : lorsque la malade de ce chirurgien fut présentée pour la seconde fois à la Société de chirurgie, cinq ans et demi après l'opération, on pouvait constater la persistance de la fissure qui s'était élargie et atteignait 16 millimètres, l'atrophie de tout le maxillaire supérieur et plus spécialement de son bord alvéolaire, l'absence complète de la première dentition, si bien que la mâchoire semblait celle d'un nouveau-né, un raccourcissement antéro-postérieur de cette mâchoire, une déviation des lames palatines relevées jusqu'à devenir presque verticales, — bref une déformation encore plus accentuée qu'avant l'opération. Et, en 1910, Le Dentu pouvait écrire que le bilan de l'opération de Brophy, en Europe, se chiffrait par 5 morts et plusieurs échecs, sur 16 cas.

On s'explique que l'opération nouvelle ne se soit guère répandue après ces premiers insuccès, et le nombre des cas publiés depuis lors n'est pas considérable. Murray[1] a tenté deux fois l'opération de Brophy : chez un premier enfant âgé de 3 semaines, il ne put, malgré tous ses efforts, rapprocher les bords de la fente palatine ; les bords alvéolaires basculaient et venaient l'un vers l'autre sans que l'on pût agir sur la fissure elle-même ; il fallut donc renoncer à l'opération. Dans le second cas, on put

1. MURRAY. — « The treatment of cleft palate ». *Lancet*, novembre 1911, p. 1466.

amener au contact les deux bords de la fente, mais, une fois les fils placés, celle-ci n'avait été qu'en partie rétrécie ; le malade mourut, d'ailleurs, au bout de quelques mois. Ces deux échecs firent renoncer Murray à la méthode.

Ulrich (de Copenhague), dans une discussion sur le traitement des divisions congénitales du palais à la Société royale de médecine de Londres, en 1911, disait avoir employé la méthode de Brophy dans une dizaine de cas, d'ailleurs difficiles, avec des résultats fort médiocres. Plus récemment, au Congrès de l'Association des chirurgiens du Nord (1913), il rapportait 14 cas personnels avec 4 morts par infection.

Schœmaker[1] essaya, lui aussi, le rapprochement manuel des deux maxillaires et, comme Murray, il échoua. Il fut conduit par là à imaginer un procédé personnel qui, bien qu'ayant des analogies avec celui de Brophy, en diffère cependant par des points importants. Le but cherché par Schœmaker est d'obtenir une mobilité des parties inférieures des deux maxillaires suffisante pour que leur accolement soit facile et qu'elles ne tendent plus à s'écarter ; d'autre part, au lieu de porter en dedans les bords alvéolaires, comme Brophy, il les fait basculer en dehors, de façon à ramener à l'horizontalité les lames palatines qui, dans le cas de fissure congénitale, se rapprochent plus ou moins de la verticale. Une telle mobilité du massif alvéolo-palatin ne peut être réalisée que par une ostéotomie le séparant complètement du reste du maxillaire, et Schœmaker s'est trouvé ainsi amené à employer systématiquement cette ostéotomie que Brophy réservait à des cas exceptionnels. Il la pratique d'un seul, et quelquefois des deux côtés. Pour la suture, il abandonne les fils métalliques et les plaques de Brophy et se contente de quelques points transosseux à la soie. Schœmaker a exécuté cette inters vention chez 12 enfants, dont 9 n'avaient que quelques jour- (plusieurs ont été opérés le jour même de leur naissance) ; il n'a perdu qu'un malade, d'hémorragie ; un autre a succombé à une affection intercurrente, quelques jours après l'enlèvement des fils, et cette mort semble indépendante de l'opération. D'ailleurs, l'opération de Schœmaker paraît exposer aux mêmes insuccès et aux mêmes accidents que celle de Brophy : dans un tiers des cas (4), la suture manqua ; chez plusieurs malades, les germes dentaires furent détruits.

L'histoire de l'opération de Brophy se réduisait, au moins en Europe, aux quelque quarante cas que je viens de rapporter

---

1. SCHŒMAKER. — « Ueber Uranoplastik ». *Arch. f. klin. Chir.*, t. XCVIII, p. 127, 1911.

lorsque, tout récemment, Kaerger[1] a rappelé l'attention sur elle dans un important mémoire. A la suite d'une visite de Brophy à la clinique de Bier, où il opéra lui-même quelques malades, sa méthode fut appliquée systématiquement, depuis septembre 1911, dans tous les cas de bec-de-lièvre compliqués de fissure palatine : ce sont les résultats de cette pratique de deux années que publie Kaerger, dont le travail constitue le document le plus considérable, par le nombre des cas et le détail de l'observation, que nous possédions sur cette question.

Kaerger accepte le principe de la méthode et, dans ses grandes lignes, la technique de Brophy. Comme lui, il opère précocement et, comme lui, il vise, avant tout, à obtenir le rapprochement des maxillaires, mais il ne cherche ce rapprochement que par des manœuvres manuelles lentes et progressives et il rejette délibérément, comme dangereuses, les ostéotomies préconisées par Brophy et surtout par Schœmaker. Il scinde l'ensemble de l'opération réparatrice en trois actes successifs ; d'abord le rapprochement osseux, plus tard la suture du palais, plus tard encore la reconstitution de la lèvre ; dans les cas les plus favorables, la cure complète de la malformation peut être achevée en trois mois et demi ou quatre mois. Mais cette succession des divers temps n'a rien d'immuable et, comme la suture du palais est incontestablement le plus sanglant et le plus grave, chez les débiles, chez les enfants, affaiblis par des troubles digestifs ou des affections pulmonaires, Kaerger opère le bec-de-lièvre aussitôt après le rapprochement des maxillaires et il remet la suture palatine à la fin de la première année.

Le moment le plus favorable pour l'opération est la troisième semaine, mais on peut encore la pratiquer jusqu'à trois mois, et même plus tard. Tandis que Brophy opérait sous narcose, Kaerger, qui a perdu un malade par broncho-pneumonie de déglutition, regarde l'anesthésie générale comme dangereuse. Il fait le rapprochement des maxillaires sans aucune anesthésie ; pour la suture du palais, il emploie l'anesthésie locale par injection d'une solution de novocaïne à 0,25 ou 0,50 pour 100, additionnée d'une très faible quantité d'adrénaline (une ou deux gouttes de la solution au millième par 10 cm^3), on peut injecter sans inconvénient 5 cm^3 de la solution ainsi préparée. Il y ajoute, mais seulement chez les adultes ou les grands enfants, un badigeonnage de la muqueuse à la novocaïne.

Le premier temps opératoire (rapprochement des maxillaires)

---

1. KAERGER. — « Ueber die Behandlung der angeborenen Kiefer- und Gaumenspalten, unter besonderer Berück-sichtigung der Frühoperation und der Methode nach Brophy ». *Arch. f. klin. Chir.*, t. CIII, p. 255, 1914.

s'exécute de la manière suivante dans un cas de *bec-de-lièvre bilatéral compliqué avec fente palatine complète* (gueule-de-loup). On commence par faire la section sous-périostée du pédicule de l'intermaxillaire, de façon à le mobiliser. Puis, avec les doigts, on rapproche lentement et progressivement les deux maxillaires, en évitant de trop basculer en dedans les apophyses alvéolaires et les lames palatines. Lorsqu'on est parvenu à mettre en contact, aussi bien que possible, les bords de la fissure, on procède à la mise en place des fils. Kaerger emploie l'aiguille courbe de Brophy, qui a l'avantage d'être peu volumineuse et de faire un très petit trou. Il place deux fils doubles, l'un à l'union du tiers antérieur et du tiers moyen de l'apophyse alvéolaire, l'autre à l'union du tiers moyen et du tiers postérieur. Les fils doivent pénétrer un peu au-dessous du cul-de-sac de réflexion de la muqueuse sur la joue, et passer au-dessus des germes dentaires et au-dessous du plancher du sinus maxillaire, d'ailleurs peu développé à cet âge. Puis les chefs des fils sont passés dans les trous des plaques de plomb, épaisses de 1 mm. et préalablement modelées sur le contour de l'apophyse alvéolaire. On procède alors au serrage des fils : on commence par nouer l'un avec l'autre, de chaque côté, les fils B et C ce qui assure le rapprochement des deux maxillaires ; puis on avive légèrement les deux bords de l'intermaxillaire et de la partie correspondante de la fente et on réduit l'intermaxillaire dans la partie antérieure de cette fente ; enfin on noue l'un à l'autre, en avant, d'abord les deux chefs du fil A, puis les deux chefs du fil D, ce qui assure la fixation de l'intermaxillaire.

Les fils et les plaques sont laissés en place pendant six semaines ; ils sont généralement bien tolérés et il suffit de les badigeonner chaque jour avec une solution d'argyrol à 20 pour 100. L'alimentation peut être reprise quelques heures après l'opération.

Le second temps (suture du palais) sera exécuté plus ou moins tôt, suivant la résistance de l'enfant. Kaerger, suivant en cela la technique de Brophy, décolle la fibro-muqueuse des lames palatines de dedans en dehors, en commençant par le bord de la fissure, puis il mobilise les moitiés du voile. Lorsque le premier temps a été réussi et que la fente est bien rétrécie, quand, d'autre part, les lames palatines ne sont pas trop atrophiées et qu'il y a une étoffe suffisante, ce décollement de la muqueuse donne des lambeaux faciles à affronter, sans traction ; dans le cas contraire, il peut devenir nécessaire de faire, en dehors, une incision libératrice à la Langenbeck. La suture des lambeaux est faite par points séparés à la soie 00 ou 000 ; en outre, on fixe, de chaque côté de cette suture, de petites lames de plomb qui la protégeront contre les pressions de la langue.

Les fils et les plaques sont enlevés au douzième ou quatorzième jour.

Aussitôt après que l'on s'est assuré de la réussite de la suture palatine, on reconstitue la lèvre par les procédés habituels ; il n'y a rien de spécial dans ce troisième temps opératoire.

La technique reste sensiblement la même dans le *bec-de-lièvre compliqué unilatéral,* sauf quelques points de détails en ce qui concerne le passage des fils ; il faut avoir soin de bien réduire en arrière, et vers le côté malade, l'intermaxillaire saillant. La suture du palais est ici plus facile, car l'une au moins des lames palatines est bien développée : l'incision libératrice latérale n'est qu'exceptionnellement nécessaire.

Dans le cas enfin de *fente palatine congénitale sans bec-de-lièvre,* la fermeture immédiate et complète du palais mou et dur constitue, au moins chez les très jeunes enfants, une opération difficile et grave, qui est mal supportée. Kaerger conseille donc de se contenter d'abord du simple rapprochement des deux maxillaires et, sauf chez quelques sujets très vigoureux et à bouche suffisamment large, de remettre à une séance ultérieure la suture du palais.

Les résultats qu'a obtenus Kaerger par la méthode que je viens d'exposer sont les suivants. Il dit, dans son article, avoir opéré 56 malades, mais il faut en retrancher 15, presque tous âgés de plus de deux ans, chez lesquels il s'est contenté de faire la suture du palais, sans rapprochement préalable des maxillaires, chez lesquels il n'a conservé de l'opération de Brophy que le mode de décollement et d'affrontement des lambeaux fibro-muqueux. Or il me paraît que ce qui fait l'originalité et le principe même de la méthode de Brophy, c'est précisément le rapprochement préalable des maxillaires ; je crois donc pouvoir éliminer ces cas.

Il en reste 39 où la méthode a été intégralement appliquée et dont les observations sont publiées d'une façon suffisamment détaillée. Ces cas se répartissent en trois groupes, d'après l'étendue de la malformation :

1° 7 cas de *bec-de-lièvre bilatéral avec fente palatine complète.* 4 de ces malades ont subi les trois temps opératoires successifs et sont aujourd'hui parfaitement guéris, ne conservant pas trace de leur malformation ; 2 autres sont encore en cours de traitement et n'ont subi que le premier temps, qui semble, d'ailleurs, avoir bien réussi ; le dernier, opéré dans les débuts de la pratique de Kaerger, est mort d'accident pulmonaire, huit jours après le premier temps opératoire ; l'intervention avait été difficile et allongée par la rupture des fils et la nécessité d'en replacer d'autres.

2° 25 cas de *bec-de-lièvre unilatéral avec fente palatine complète.* Chez 13 malades, les trois temps opératoires ont été exécutés et menés à bien ; 10 sont encore en cours de traitement ou ont été

soustraits à la suite de ce traitement pour des raisons diverses ; 2 sont morts quelques heures après l'exécution de la suture du palais, et Kaerger attribue l'une de ces morts à la narcose et l'autre à un coup de chaleur. Il faut ajouter que 5 autres de ces enfants ont été emportés par des affections intercurrentes, indépendantes de l'opération, 3 après le premier temps, 1 après le deuxième, 1 après réussite complète de l'intervention.

3° 7 cas de *division congénitale du palais sans bec-de-lièvre*. Un seul malade a subi l'opération complète en une même séance (rapprochement des maxillaires et suture du palais) : le résultat a été incomplet, la suture du voile ayant lâché. Chez les autres, on a opéré en deux temps : chez un seul, les deux temps ont été exécutés et la guérison est parfaite ; 4 n'ont encore subi que le premier temps, avec succès.

Tous ces faits sont trop récents pour que l'on puisse connaître déjà l'effet de l'intervention sur le développement général des maxillaires, et en particulier sur l'évolution dentaire. Il y a là une inconnue qui n'est pas sans importance et sur laquelle une observation prolongée des malades pourra seule nous renseigner.

A la prendre en bloc, la statistique de Kaerger donne donc, pour 39 cas, 3 morts opératoires et 17 succès complets, le reste des malades étant encore un cours de traitement ou ayant succombé avant la fin de celui-ci.

De cette statistique, il est difficile de tirer des conclusions bien précises : chez la moitié des malades, le traitement n'est pas achevé ; chez aucun d'entre eux, l'intervention n'est assez ancienne pour que l'on puisse juger de son résultat à longue échéance. La gravité opératoire elle-même pourrait prêter à discussion, car aux trois cas de mort dépendant directement de l'opération on pourrait peut-être ajouter les 5 morts sans relation directe avec l'acte opératoire, survenues avant l'achèvement du traitement. Trop de facteurs, du reste, interviennent, à côté de l'opération elle-même, pour expliquer la mort des enfants atteints de bec-de-lièvre et de division du palais (difficultés de l'alimentation, troubles digestifs, accidents pulmonaires, débilité congénitale) : cela est si vrai que la grande mortalité de ces sujets a pu être invoquée, comme argument en faveur de leur thèse, aussi bien par les partisans que par les adversaires de l'opération précoce.

Sans vouloir donc porter un jugement définitif, on retire cependant de la lecture attentive des observations de Kaerger cette impression que l'opération de Brophy ne mérite ni l'enthousiasme exagéré de son promoteur, ni la condamnation par trop absolue qu'avaient fait porter les échecs des premières tentatives faites en Europe. (*La Presse médicale*, 28 février 1914.)

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Réparation des vides dans les couronnes et bridges. — Mélanger du mercure et de l'or à aurification, le porter sur le trou dans la couronne où le vide du bridge à réparer. Avec une pince tenir la couronne au-dessus de la flamme du gaz en chauffant très lentement. Quand la masse arrive à 350° C, le mercure se volatilise, laissant l'or pur couvrir le trou ou combler le vide. Brunir l'or et l'opération est finie. (*Dent. Summary.*)

Remplacement d'une face brisée sur un bridge. — Enlever les crampons et ajuster une nouvelle face. Prendre un tube d'or avec un trou assez petit pour que quand il s'adapte aux crampons de la nouvelle face le bord du tube soit assez ouvert pour laisser passer un petit morceau de soudure, couper les crampons sur la nouvelle face, en laisser juste assez pour tenir les tubes droits. Mouiller une petite boulette d'amiante et presser dedans la face. Sécher l'amiante et souder les tubes à la face. Celle-ci est réajustée au bridge, on donne aux trous la dimension voulue et l'on coupe les tubes de façon qu'ils s'étendent juste au travers de l'arrière. Rabattre les trous sur le côté lingual du bridge. Cimenter la face en place et étendre les tubes sur le côté lingual et brunir. (*Dent. Digest.*)

Stérilisation de la cire. — On peut stériliser la cire et la rendre propre à un nouvel usage en la faisant bouillir 35 minutes dans un grand récipient d'eau contenant de l'acide oxalique. (*Pacific Dental Gazette.*)

Soudure d'or. — En soudant et en renforçant les couronnes d'or, se servir d'une soudure d'un titre légèrement inférieur à celui de l'or des couronnes. La soudure d'un bas titre attaque les couronnes, y pénètre et y fait parfois de petits trous. En renforçant les couronnes d'or ne jamais employer trop de soudure à la fois, autrement il faut chauffer considérablement la couronne, ce qui en diminue la solidité. (*Ash's Monthly.*)

Obturation temporaire. — Prendre un tampon de coton d'une dimension correspondant à la cavité, saturer avec un ciment très clair et obturer la cavité. Ce procédé peut être employé avec succès dans les cavités où une obturation provisoire à la gutta ne tiendrait pas. (*Arch. f. Zahnheil.*)

Refroidissement du vulcanisateur. — C'est une mauvaise pratique que d'ouvrir la soupape d'un vulcanisateur afin de gagner du temps par un refroidissement rapide. Cela amène une contraction du caoutchouc suffisante pour empêcher une adhérence parfaite de la pièce, de plus cela rend le caoutchouc fragile, ce qui cause souvent la cassure de la pièce. (*La Odontol. Colomb.*)

Lubrification des pièces à main. — Il est sage de plonger les pièces à main droites et à angle droit dans la benzine de temps en temps — chaque semaine par exemple — pour empêcher la rouille. Toutes les faces de frottement des pièces à main doivent toujours être couvertes d'une couche suffisante d'huile lubrifiante d'excellente qualité ; mais un excès d'huile entrave le bon fonctionnement. (*La Odontol. Colomb.*)

Pâte pour articuler. — Un moyen excellent de vérifier les points de contact en posant des couronnes de porcelaine et d'articuler les dentiers par la méthode anatomique consiste à mélanger du noir d'ivoire et de la glycérine en pâte épaisse. Nettoyer les faces opposées, sécher et mettre une faible quantité de cette pâte sur la dent antagoniste. En serrant les dents le point de contact sera nettement marqué. (*Dent. Digest.*)

Enlèvement du tissu gingival. — Pour enlever le tissu gingival qui pénètre dans les cavités cariées, y appliquer un tampon de coton imbibé d'acide trichloracétique et, au bout de quelques minutes, la gencive peut aisément s'enlever avec un excavateur. Faire une application semblable au tissu gingival recouvrant la 3e molaire, quand il est enflammé, au lieu d'inciser la gencive ou d'enlever ce tissu avec des ciseaux, au moyen de coton enroulé autour d'un tire-nerf en protégeant la langue et les joues contre l'action de l'acide avec des rouleaux de coton absorbant. (*Dent. Summ.*)

Refoulement de la gencive. — Pour empêcher le tissu gingival de tomber sur l'extrémité de la racine après la préparation prendre un petit clou à tête plate, le plonger dans de la gutta chauffée, tailler en pointe, introduire dans le canal radiculaire et chasser l'excès de gutta autour de l'extrémité de la pointe et contre le tissu gingival. Maintenir en position jusqu'à refroidissement.

A l'application suivante l'extrémité de la racine sera prête pour l'opération. (*Oral health.*)

Séchage des canaux radiculaires. — Les vieilles aiguilles hypodermiques peuvent être utilisées à l'extrémité d'un chalumeau afin de sécher les canaux radiculaires parce qu'on amène ainsi la chaleur plus près de l'apex du canal, dans la dent. Briser une partie de la pointe avant de s'en servir. (*Dent. Digest.*)

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DENTAIRE DU HAVRE

27 *juillet*-3 *août* 1914.

Senlis, le 15 mars 1914.

Mon cher confrère,

Les membres de la section d'odontologie réunis au mois de mars dernier sous le beau ciel de Tunis m'ont fait le grand honneur de me choisir pour présider les séances de notre section au Congrès du Havre en juillet et août prochain.

Je ne veux pas m'appesantir sur les motifs qui ont déterminé les confrères présents à Tunis à m'imposer cet honneur, car nul plus que moi n'a combattu à ce moment la proposition dont j'étais l'objet. Si je me suis incliné devant le vote acquis, sachant cependant qu'il en était de plus qualifiés que moi, pour cette place d'honneur, par leurs travaux universellement connus et une plus longue carrière professionnelle laborieusement remplie, c'est que je me suis rendu compte que la distinction que me conféraient mes aînés n'était pas simplement honorifique, mais qu'elle comportait aussi une forte part d'activité à mettre au service de l'odontologie.

Je rends hommage à la persévérance laborieuse de mes devanciers qui a permis la création de la section d'odontologie à l'Association française pour l'avancement des sciences, dont l'éclat actuel est dû à leurs efforts sans cesse renouvelés.

C'est pour ne pas laisser éteindre le flambeau reçu des mains de mes prédécesseurs, que je viens aujourd'hui lancer cet appel à tous les confrères qui n'ont pas perdu le désir de s'instruire toujours davantage.

Si le satirique latin disait que rien d'humain ne devait lui être étranger, je n'ai pas besoin de rappeler aux odontologistes contemporains qu'ils ne doivent se désintéresser d'aucune question scientifique : car, c'est uniquement à cette recherche de perfectionnement qu'est due l'affluence toujours plus grande aux réunions annuelles de l'Association française pour l'avancement des sciences.

C'est qu'en effet, en dehors des séances de sections, même au cours des excursions d'études et d'agrément, la fréquentation réci-

proque des savants de spécialités différentes est un permanent enseignement mutuel et non des moins profitables.

Pour donner plus d'ampleur à ces discussions, d'autant plus instructives que l'on élargit davantage le cadre, nous continuerons la tradition des séances communes avec les sections étrangères. Nous nous efforcerons de traiter avec les sections étrangères d'anthropologie, d'hygiène, de pédagogie, les questions connexes avec nos études spéciales. Nous serons cette année particulièrement favorisés par l'affluence de savants français et étrangers que ne peut manquer d'attirer la belle ville du Havre.

La visite d'un des plus grands ports de commerce de France, l'attrait de cette région pleine de souvenirs historiques, le cadre merveilleux qu'est l'embouchure de la Seine, des relations faciles et rapides avec la France et l'Angleterre, l'accuei!e nthousiaste que la patriotique population havraise prépare à ses visiteurs, sont des arguments que je n'ai pas besoin de développer pour vous inciter à répondre, par votre présence, aux préparatifs faits en votre honneur. Comme exemple que la perspective du congrès est capable de provoquer, je dirais presque des miracles, je citerai ce fait que les dentistes du Havre, qui se connaissaient auparavant à peine de nom, se sont immédiatement groupés en une phalange imposante pour assurer la meilleure organisation possible aux travaux de notre section.

Aussi je vous convie chaleureusement, mon cher confrère, à venir au Havre en juillet et août prochains ; j'ose espérer que vous trouverez dans vos travaux personnels et peut-être même simplement dans votre pratique journalière le sujet d'une communication, j'en suis certain, fort intéressante, et je ne crains pas d'avancer qu'à l'issue du congrès vous aurez contribué à augmenter votre bagage scientifique de quelques connaissances nouvelles.

Je ne veux pas vous répéter à nouveau que souvent l'exposé d'un fait qui paraît peu important à son auteur est habituellement le point de départ d'une discussion des plus intéressantes et des plus instructives.

Je fais appel à votre zèle et à votre dévouement à l'odontologie pour apporter votre pierre à cet édifice qu'est un congrès, de façon que le Congrès de l'Association française pour l'Avancement des sciences reste de plus en plus le véritable congrès annuel de l'odontologie.

En attendant le plaisir de vous voir au Havre, je vous prie d'agréer, etc.

Le président,
Dr A. AUDY.

1re *liste d'adhérents.*

MM. Francis Jean,	Paris.	MM. Fabret,	Nice.
Touvet-Fanton,	—	d'Argent,	Paris.
P. Martinier,	—	Lebedinsky,	—
Boucard,	—	Fontanelle,	—
Miégeville,	—	Barden,	—
Wallis-Davy,	—	G. Villain,	—
Ruppe,	—	Solas,	—
Thuillier,	Rouen.	Amoëdo,	—
Coache,	—	Fié,	—
Pont,	Lyon.	R. Lemière,	—
H. Villain,	Paris.	Bruschera,	—
Zimmermann,	—	M. Roy,	—
Godon,	—	Ferrand,	—
Blatter,	—	Vanel,	—
J. Vichot,	Lyon.		

6e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Londres, 3-8 *août* 1914.

Nous avons publié dans notre numéro du 15 mars les noms des membres *anglais* des Bureaux des sections ; nous donnons aujourd'hui la liste des présidents d'honneur *étrangers* de ces sections.

1re *section. — Anatomie, histologie et physiologie dentaires.*

Présidents d'honneur : MM. J. Choquet (Paris) ; Cryer (Philadelphie) ; Walkhoff (Munich).

2e *section. — Pathologie et bactériologie dentaires.*

Présidents d'honneur : MM. Cavalié (Bordeaux) ; Hartzell (Minneapolis) ; Römer (Strasbourg).

3e *section. — Chirurgie et thérapeutique dentaires.*

Présidents d'honneur : MM. Dieck (Berlin) ; Gaylord (Newhaven) ; Pont (Lyon).

4e *section. — Physique, radiographie et métallurgie dentaires.*

Présidents d'honneur : MM. Buckley (Chicago) ; Franchette (Paris).

5e *section. — Prothèse dentaire.*

Présidents d'honneur : MM. Le Cron (Saint-Louis) ; P. Martinier (Paris) ; Riegner (Breslau).

6e *section. — Orthodontie.*

Présidents d'honneur : MM. Day (San Francisco) ; Frey (Paris) ; Schröder-Benseler (Cassel).

7e *section. — Chirurgie buccale et prothèse chirurgicale.*

Présidents d'honneur : MM. Delair (Paris) ; Paterson (Kansas-City) ; Partsch (Breslau) ; Schröder (Berlin).

8e *section. — Anesthésie générale et locale.*

Présidents d'honneur : MM. Hinman (Atlanta) ; J. Vichot (Lyon) ; Williger (Berlin).

9e *section. — Hygiène buccale, instruction publique et services dentaires publics.*

Présidents d'honneur : MM. Jessen (Strasbourg) ; Siffre (Paris) ; Wheeler (New-York).

10e *section. — Enseignement dentaire.*

Présidents d'honneur : MM. Cohn (Berlin) ; Morgan (Nashville) ; M. Roy (Paris).

VOYAGE EN ANGLETERRE

L'agence de voyages Cook et fils, 1, place de l'Opéra, Paris, a organisé à l'occasion du VIe Congrès dentaire international, qui aura lieu à Londres du 3 au 8 août 1914, des excursions spéciales et privées qui partiront de Paris le dimanche 2 août, suivant l'itinéraire indiqué ci-après.

Ces excursions seront accompagnées à l'aller et au retour par un courrier interprète, qui s'occupera de tous les détails, supprimant ainsi tous les soucis habituels. Les voyageurs garderont leur entière liberté pendant le Congrès.

Il y aura à cette occasion une grande affluence dans les hôtels de Londres, et il est essentiel, pour s'assurer de bonnes chambres, que les adhésions parviennent le plus tôt possible, vers le 13 juin au plus tard.

Tous les renseignements concernant le logement devront donc être envoyés aussitôt que possible à l'Agence, accompagnés d'un dépôt de 25 francs par personne à valoir sur le prix du voyage, le solde devant être versé avant le 27 juillet.

Itinéraire de l'excursion spéciale et privée.

SECTION N° 1. — VIA DIEPPE-NEWHAVEN.

Dimanche 2 août. — Départ de Paris, gare St-Lazare, à 10 heures du matin, via Dieppe-Newhaven. Arrivée à Londres, Victoria Station, à 6 h. 35 du soir.

Lundi 3 août, Mardi 4 août, Mercredi 5 août, Jeudi 6 août, Vendredi 7 août, Samedi 8 août, séjour à Londres.

Dimanche 9 août. — Départ de Londres, Victoria station, à 10 heures du matin, via Newhaven-Dieppe. Arrivée à Paris, gare St-Lazare, à 6 h. 17 du soir.

Prix : **160** francs par personne (2e classe).
2e classe, 1re en bateau : **172** fr. **50.** — 1re classe sur tout le parcours : **191** fr. **25.**

SECTION N° 2. — VIA BOULOGNE-FOLKESTONE.

Dimanche 2 août. — Départ de Paris, gare du Nord, à 8 h. du matin, via Boulogne-Folkestone. Arrivée à Londres, gare de Charing Cross, à 3 h. 25 du soir.

Lundi 3 août, Mardi 4 août, Mercredi 5 août, Jeudi 6 août, Vendredi 7 août, Samedi 8 août, séjour à Londres.

Dimanche 9 août. — Départ de Londres, Charing Cross station, à 10 heures du matin, via Folkestone-Boulogne. Arrivée à Paris, gare du Nord, à 5 h. 20 du soir.

Prix : **170** francs par personne (2e classe).
2e classe, 1re en bateau : **175** fr. — 1re classe sur tout le parcours : **194** fr. **25.**

Le prix du voyage comprend :

1. — Les billets de Paris à Londres et retour, rendus valables pendant 30 jours sur présentation et visa de la carte d'identité du Congressiste.

2. — Le logement et la nourriture à l'Hôtel Grafton ou établissement similaire, se composant du petit déjeuner le matin, déjeuner à la fourchette, dîner (vin et autres boissons non compris), chambre (service et éclairage compris), commençant avec le dîner le 2 août et se terminant avec le petit déjeuner le 9 août à l'hôtel.

Les membres désireux de loger dans des établissements d'un ordre supérieur pourront le faire en payant les suppléments indiqués ci-dessous.

3. — Les transports en omnibus de la gare à l'hôtel et de l'hôtel à la gare, à l'arrivée et au départ.

4. — Des places réservées, les pourboires au personnel de l'hôtel, porteurs et conducteurs des différents véhicules utilisés.

5. — Le transport gratuit de 25 kilos de bagages par voyageur de Paris à Londres et retour.

6. — Les services d'un courrier qui surveillera la bonne marche de l'excursion, voyageant avec les membres de Paris à Londres et retour.

Hôtel St-Ermins ou établissement similaire. — Les membres désireux de séjourner dans cet hôtel auront à payer un supplément de 45 fr.

Grand hôtel ou établissement similaire. — Les membres désireux de séjourner dans cet hôtel auront à payer un supplément de 120 fr.

Excursions supplémentaires en Écosse et en Angleterre faisant suite au Congrès.

Des excursions spéciales permettant de visiter l'Ecosse et les contrées les plus intéressantes de l'Angleterre seront organisées à la suite du Congrès ; elles commenceront à Londres et finiront à Londres.

MM. Cook sont entièrement à la disposition des Congressistes pour leur fournir tous les renseignements qu'ils pourront désirer relativement à ces excursions, qui seront accompagnées d'un bout à l'autre du voyage par un guide interprète qui veillera à tous les détails du voyage.

Visite en voiture de Londres et de ses environs.

Les personnes qui ne voudront pas participer à l'une des excursions spéciales ci-dessus, trouveront à nos bureaux une organisation complète pour la visite de Londres et de ses environs, nous fournirons à ce sujet tous les renseignements désirables.

Excursions d'une journée entière en voiture organisées par MM. Thos Cook et fils tous les jours (sauf le dimanche) pendant la saison.

Départ des bureaux de l'Agence Cook.

	matin.
Bureau Principal : Ludgate Circus....................	10 h.
Euston Road (en face de la Gare de Saint-Pancras).....	9 h. 15
125, Pall Mall et 89, Oxford-St.........................	9 h. 30
378, Strand, et 122, High Holborn......................	9 h. 40

et des principaux Hôtels et Pensions du centre de Londres par arrangement préalable.

Musées et monuments principaux visités — au cours des excursions en voiture — pour la visite complète de Londres.

Lundis et jeudis. — La *Tour de Londres* (visite du musée militaire, des joyaux de la Couronne, etc.), la *Cathédrale de Saint-Paul*, le *Musée Wallace* (tableaux, porcelaines, etc.), *Stafford House* et le *Musée de Londres.*

Mardis et vendredis. — Le *Temple*, la *Galerie Nationale* (collection de tableaux de presque toutes les écoles), l'*Abbaye de Westminster*, le *Musée « Victoria et Albert »* (arts et métiers), l'*Hospice de Chelsea.*

Mercredis et samedis. — Le *Guildhall*, l'*Eglise de Saint-Barthélemy-le-Grand*, le *Musée Britannique* et la *Bibliothèque Nationale*, la *Chartreuse* (mercredis seulement, ou la *Cathédrale de Southwack*, le *Parlement* (samedis seulement), les *Galeries Tate et Tennant* (peintres anglais).

Prix : **13** fr. **25** chaque excursion.

Comprenant la voiture, les entrées et pourboires, le déjeuner à l'hôtel et les services d'un guide expérimenté, etc.

Excursion au Palais de Hampton Court.

(Départ des Bureaux Cook tous les mardis et jeudis)

Itinéraire : Chelsea, Parc de Richmond, Kingston, Hampton Court

(déjeuner), Parc de Bushey, Teddington, Strawberry Vale, Twickenham et Kew (visite des Jardins Botaniques).

PRIX : **19** FRANCS.

Comprenant la voiture, le déjeuner à l'hôtel, les entrées et pourboires, et les services d'un guide expérimenté, etc.

Le programme détaillé de toutes les excursions dans Londres, aux environs et au Château de Windsor, Oxford, etc., est envoyé franco sur demande.

Avis important. — MM. THOS COOK ET FILS informent les voyageurs que tous les arrangements indiqués dans ce programme sont faits en leur qualité d'Agents des diverses Compagnies.

Tous les billets et coupons délivrés par leurs soins pour des parcours en chemins de fer, bateaux, omnibus, voitures, diligences, automobiles ou pour des séjours dans les hôtels, sont émis sous la condition expresse qu'ils ne pourront être rendus responsables en aucune façon des blessures, pertes, accidents, retards ou irrégularités qui seraient causés par un défaut quelconque d'un véhicule, de quelque nature qu'il soit, ou par la négligence ou la faute de toute Compagnie ou personne chargée du transport du voyageur ou du propriétaire d'hôtel ou de toute autre personne chargée d'exécuter les services pour lesquels le ou les billets ou coupons ont été respectivement émis.

Bulletin à détacher et à envoyer à MM. THOS COOK et FILS.

Service des excursions accompagnées, 1, Place de l'Opéra, 1, Paris.

VIme Congrès international dentaire, Londres, 3 au 8 août 1914.

Je, soussigné,................ vous remets ci-joint la somme de 25 francs à titre de dépôt à valoir sur le prix total de l'excursion à Londres du dimanche 2 août à l'occasion du Congrès dentaire international.

Je serai accompagné par......................................
pour qui je vous envoie également la somme de.....................

Ci-dessous je vous indique la route choisie, le billet de voyage et l'hôtel dans lequel je désire que vous me réserviez des chambres.

Voie par laquelle je désire voyager et Classe du billet :

Section nº 1 (via Dieppe-Newhaven).	2e classe..
	2e — 1re en bateau...........................
	1re — sur tout le parcours......................
Section nº 2 (via Boulogne-Folkestone).	2e classe..
	2e — 1re en bateau...........................
	1re — sur tout le parcours......................

Hôtel dans lequel je désire que le logement soit réservé :

Hôtel Grafton ou établissement similaire.
Hôtel St-Ermins ou établissement similaire.
Grand Hôtel ou établissement similaire.

Signature.................................
Adresse...................................
....
....

Date.....................1914.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LA DISCORDE AU CAMP STOMATOLOGIQUE

Depuis le mois de décembre 1913 les séances de la Société de stomatologie de Paris ont été uniquement consacrées à la discussion des élections du Bureau de 1914. Cette discussion au début courtoise, est devenue violente, rendant les séances orageuses et à sa faveur des rancunes, des rivalités connues de tous mais qui jusqu'alors restaient dans l'ombre, ont été complaisamment mises à jour, exploitées et il vient d'en résulter une grave scission au sein de la stomatologie. Voici impartialement les faits:

A la séance de décembre le Bureau sortant conformément à l'usage proposa pour la présidence pour l'année 1914 le plus ancien des vice-présidents M. Robin; mais, ô surprise 23 voix se portèrent sur M. Pitsh contre 15 à M. Robin; simple résultat d'un petit complot. Pour quelques-uns, pour les non-initiés au-dessous de l'affaire, ce fut une véritable stupeur.

Parmi ces derniers, M. Cruet et quelques-uns de ses amis, outrés de tels procédés, ne se gênèrent pas pour protester contre les actes du Bureau, qui proposant un candidat, en fit élire un autre par des manœuvres secrètes, et contre les explications non courtoises qui furent invoquées. Malgré des discussions vives et nombreuses, aucune entente ne paraissant possible, grâce peut-être aussi à des paroles imprudentes on en vient de part et d'autre aux reproches, aux attaques de toutes sortes et une scission vient de se produire. La plupart des sociétaires qui de bonne foi avaient pris part au vote de décembre et ceux pour lesquels ce vote fut une surprise pénible, protestant contre de tels procédés, viennent de donner leur démission de membre de la Société de stomatologie bien décidés à fonder dès maintenant une autre Société uniquement scientifique et qui sera dit-on à l'abri de toute influence de coterie. C'est ce que l'avenir nous apprendra.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

TRIBUNAL CORRECTIONNEL D'AVIGNON

Présidence de M. CUDRUE.

Audience du 26 janvier 1914

DENTISTE. — LOI DU 30 NOVEMBRE 1892 ARTICLE 32. — DISPOSITION TRANSITOIRE. — CARACTÈRE RESTRICTIF. — PATENTES. — ROLE PRIMITIF. — ROLE SUPPLÉMENTAIRE.

Les dispositions de l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892 ont un caractère exceptionnel et restrictif. Il suit de là que la personne qui ne peut justifier de son inscription en qualité de dentiste au rôle primitif de 1892 et qui n'établit point que son omission audit rôle soit due à une faute de l'Administration n'a pu, étant non diplômée, qu'exercer illégalement l'art dentaire et usurper la qualité de dentiste.

Vainement, on se fonderait sur l'inscription au rôle supplémentaire, la jurisprudence n'admettant aucune équipollence au seul mode de preuve légale déterminé en l'article 32 précité.

Ces solutions résultent du jugement suivant, rendu sur les plaidoiries de Mes *Valabrègue* et *Jacquier* (ce dernier du barreau de Lyon) :

Le Tribunal ;

Attendu que suivant exploit d'Avy, huissier, du 15 novembre 1913, le syndicat des « dentistes d'Avignon et de la région » a, sur les poursuites et les diligences de son conseil d'administration, assigné le sieur F. par devant le tribunal de céans siégeant correctionnellement pour, sans préjudice des peines à requérir par le ministère public, s'entendre condamner à raison d'exercice illégal de l'art dentaire et usurpation du titre de dentiste en 50.000 francs de dommages-intérêts, pour en outre ordonner l'insertion du juge à intervenir dans dix journaux au choix ; s'entendre enfin condamner aux dépens ; que, suivant conclusions déduites en barre le même syndicat poursuivant déclare s'en rapporter à la justice quant au chiffre des dommages-intérêts, susceptibles d'être alloués, mais demande, par contre, au tribunal de dire et juger que, même si F. avait été inscrit au 1er janvier 1892 au rôle primitif des patentes de la ville de Marseille, son inscription à cette date serait dépourvue de tout effet légal, au prétexte qu'il n'aurait eu que 15 ans et 4 mois audit premier janvier et n'aurait été émancipé que le 12 avril même année ;

En ce qui concerne l'action publique ;

Attendu en fait que F. reconnaît lui-même n'avoir point figuré au rôle primitif des patentes de la ville de Marseille à la date du 1er janvier 1892 et n'a apparu, pour la première fois comme qualifié de dentiste qu'au rôle supplémentaire du 1er trimestre, arrêté le 16 mai suivant et rendu public le 22 dudit mois ; que d'ailleurs, en dehors même des reconnaissances de F., cette situation de fait ressort, sans contestation possible, des certificats délivrés aux dates des 25 décembre 1913 et 5 janvier courant par M. le préfet des Bouches-du-Rhône ;

Attendu, en droit, que les dispositions de l'article 32 de la loi du 30 septembre 1892 ont un caractère aussi exceptionnel que restrictif ; qu'il suit de là que, F. impuissant à justifier de son inscription en qualité de dentiste au rôle primitif de 1892 et n'établissant point que son omission au rôle est due à une faute de l'Administration, n'a pu, depuis, étant non diplômé, qu'exercer illégalement l'art dentaire, comme aussi usurper la qualité de dentiste ; que vainement pour échapper aux poursuites F. s'arme : 1° de son inscription au rôle supplémentaire ; 2° de cette circonstance qu'il a payé patente pour l'intégralité des 12 mois de l'année 1892 ; 3° enfin de certaines attestations de tiers, versées par lui et aux débats desquelles il résulterait qu'il aurait été établi en qualité de dentiste à Marseille..., dès décembre 1891, qu'en effet, aux termes d'arrêts répétés de la chambre criminelle de la Cour de cassation, 9 novembre 1899 (affaire Kaisser), 4 avril 1901 (affaire Morcel), 24 novembre 1905 (affaire Aillery), 16 décembre 1909 (sur relaxe de la Cour d'appel de Douai), il n'existe aucune équipollence au seul mode de preuve légal déterminé en l'article 32 de la loi de 1892 dont la dérogation aux règles générales de l'article 2 doit être expressément limitée aux termes mêmes de la disposition de la formule ;

Attendu que par conséquent, sans vouloir tirer inductions des contradictions existant entre les certificats d'inscription situant le cabinet de F. rue... et les feuilles d'avertissement du percepteur situant ledit cabinet au 10, 12 de cette même voie, au 4e, et surtout sans vouloir rechercher jusqu'à quel point F., âgé seulement de 15 ans et 4 mois à la date du 1er janvier 1892, peut être fondé, avec quelques chances d'être pris au sérieux, à se réclamer d'une de ces possessions d'état antérieures que le législateur a entendu transitoirement respecter, il importe peu, en l'état actuel de la jurisprudence qu'il ait payé patente rétroactivement, pour intégralité des douze mois de l'année 1892 ou encore que des voisins, amis ou fournisseurs, viennent affirmer que dès décembre 1891, il aurait ouvert concurremment avec son frère aîné, un cabinet dentaire à l'entresol rue...

Que si rigoureuse, en certains cas, que puisse apparaître l'interprétation donnée par la Cour suprême aux dispositions de l'article 32, cette interprétation s'impose cependant au respect comme à l'attention de ceux qui ont charge de dire le droit, qu'au surplus, tout récemment (la décision ne remonte qu'au 27 décembre dernier) la Cour d'appel de Nîmes, chambre des mises en accusation, statuant dans une affaire

B., sur opposition à ordonnance de M. le juge d'instruction d'Usez, a fait sienne la théorie adoptée par la Cour régulatrice ;

Attendu enfin, en ce qui touche l'exception de bonne foi derrière laquelle se retranche subsidiairement F., que ce moyen ne saurait être accueilli ni en fait ni en droit ; en fait, parce que, notamment, dès 1902, l'attention de F. a été attirée sur l'irrégularité de sa situation par rapport à la loi de 1892 (voir lettre en date du 26 septembre 1908 émanant du délégué au contentieux de l'Association générale des chirurgiens-dentistes du Sud-Est de la France, et que si à un moment donné, il a pu se faire illusion, tout dans son attitude au cours de l'enquête officieuse ayant précédé les actuelles poursuites, tend à démontrer qu'il n'ignorait point le point faible de son apparente possession d'état; en droit, parce que nul n'est censé ignorer la loi; qu'au demeurant, il ressort des travaux préparatoires de celle de 1892 que les infractions qu'elle sanctionne le sont indépendamment de toute intention de l'agent, *ipso facto ;*

Au regard de la partie civile ;

Attendu tout d'abord qu'il n'échet pas de s'arrêter à l'argument tiré de ce que, si même F. avait été inscrit au rôle primitif de 1892, cette inscription ne saurait avoir d'effet légal, au prétexte que F. n'aurait eu que quinze ans et quatre mois à cette époque-là et n'aurait été émancipé que peu de temps après ; qu'en effet, si les circonstances dont s'agit, correspondant à la réalité des faits, peuvent, par suite, avoir un intérêt en tant qu'éléments déterminants de conviction touchant la soi-disant possession d'état antérieure à 1892 dont se prévaut F., il n'en va point de même au regard de la profession de dentiste, prise intrinsèquement, car d'une part aucune limite d'âge pour l'exercice de ladite n'est posée par la loi de 1892 et que, d'autre part, un dentiste n'est pas un commerçant ;

Attendu, en second lieu, et plus spécialement en ce qui concerne l'attribution de dommages et la demande d'insertion, qu'il ne convient point, en raison des circonstances particulières de l'espèce de faire droit à l'un comme à l'autre de ces chefs de conclusions des poursuivants ; que l'allocation pure et simple des dépens, à titre d'indemnité, constituera une réparation suffisante ;

Par ces motifs ;

Déclarant F. atteint et convaincu : 1° du délit d'exercice illégal de l'art dentaire ; 2° du délit d'usurpation du titre de dentiste ; et lui faisant application des articles 16, 18, 19 de la loi du 30 novembre 1892, ainsi que des dispositions combinées des articles 463 du Code de procédure et 365 du Code d'instruction criminelle ;

Le condamne à la peine de 50 francs d'amende ;

Et, statuant sur les conclusions de la partie civile, dit que F. n'ayant été inscrit qu'au rôle supplémentaire des patentes de la ville de Marseille publié les 16 et 22 mai 1892, ne saurait profiter des dispositions transitoires de l'article 32 de la loi de 1892 ;

Rejette par contre tous autres chefs ;

Condamne la partie civile aux dépens, sauf secours contre F. et ce à titre de réparation du préjudice éprouvé.

Observation. — Consulter sur la question : C. de cassation Ch. crim., 9 novembre 1899 et 4 avril 1901 (Sirey, 1901.1.300) ; 9 juin 1905 (Sirey, 1905.1.368) ; 16 décembre 1909 (Sirey, 1911.1.430).

Sur le point de savoir si le dentiste qui n'a été inscrit qu'au rôle supplémentaire de 1892, peut continuer l'exercice de sa profession, consulter, dans le sens de la négative : Avis du Conseil d'Etat, du 14 juin 1895 (*J. des Parquets*, 1895.3.91) ; C. de Rennes, 29 juillet 1896 (*J. des Parquets*, 2, 119). Voir : Carpentier, Rép., 10 décembre, n°s 27 et suiv).

(*Gazette des Tribunaux*, 18 mars 1904.)

Un dentiste fracture la colonne vertébrale de son patient.

Londres, 8 mars. — Le coroner du quartier de Saint-Pancras a ouvert une enquête sur la mort d'un employé d'assurances âgé de vingt-deux ans dont le cas doit être à peu près unique puisqu'il mourut d'une fracture de la colonne vertébrale, causée par un dentiste qui tentait de lui arracher une molaire. L'autopsie a démontré que la base du crâne et les premières vertèbres étaient extrêmement faibles en raison d'un état tuberculeux très avancé.

Le dentiste, en faisant son extraction, fractura la colonne vertébrale de son client en deux endroits : à la base du crâne et à la quatrième vertèbre. La mort avait été presque instantanée. Le jury, après avoir entendu les dépositions de plusieurs médecins, a rendu un verdict de décès accidentel, relevant ainsi l'opérateur un peu trop vigoureux de toute responsabilité.

(*Le Républicain*, Orléans, 10 mars 1904).

Le mari d'une dentiste diplômée ne peut pas, même occasionnellement, arracher des dents.

Sur la plainte d'un rentier de S., le parquet de Rambouillet poursuivait en correctionnelle, sous l'inculpation d'exercice illégal de l'art dentaire, M. F., mécanicien-dentiste, qui, de concert avec sa femme, dentiste diplômée, tient à Paris et à D. un cabinet dentaire.

Tout le procès portait sur le point de savoir si M. F. avait le droit d'exercer, sans le contrôle de sa femme, dûment autorisée.

— Oui, soutenait le défenseur de l'inculpé, quand cet exercice n'a qu'un caractère occasionnel.

Et à l'appui de sa thèse, il cita deux arrêts, l'un de la Cour de Rouen, l'autre de la Cour de cassation.

— Non, ripostait à son tour l'avocat de la partie civile.

Le tribunal de Rambouillet, après une courte délibération, a rendu un jugement condamnant M. F. à 200 francs d'amende. La partie civile a obtenu 200 francs de dommages-intérêts.

(*Le Matin.*)

Les deux dentiers.

M.B., de Paris, a trois domestiques à son service : une cuisinière, une femme de chambre et un valet de chambre.

Sa cuisinière ayant besoin d'un dentier, M. B. l'envoya chez son propre dentiste, qui confectionna pour la cuisinière un appareil que M.B. paya 400 francs.

Après la cuisinière, la femme de chambre, à son tour, eut aussi besoin d'un dentier. M. B. l'adressa également à son dentiste, prêt à payer un autre appareil de 400 francs.

Mais une femme de chambre n'est pas une cuisinière. Si l'une avait pu se contenter d'un dentier monté sur caoutchouc, la hiérarchie n'exigeait-elle pas quelque chose de plus soigné pour une femme de chambre?

Et le dentiste orna les maxillaires de la femme de chambre d'un dentier avec monture en or, d'une valeur de 900 francs.

Si généreux qu'il soit pour ses serviteurs, M. B. estima que la mesure était, cette fois, dépassée.

M. B. offrit donc au dentiste de lui payer 450 francs et le dentiste persistant à réclamer 900 francs, il fallut plaider.

Le résultat a été que la septième chambre a fixé à 500 francs la somme que M. B. devra verser au dentiste, 100 de plus que pour la cuisinière.

(*Le Petit Parisien*, 28 nov. 1913.)

La duplicité du pseudo-dentiste.

A. R., âgé de trente ans, originaire de Budapest, s'improvisa un beau jour dentiste, bien qu'il ignore à peu près tout de l'art dentaire. Venu à Paris, il s'installa dans un hôtel, rue G., et attendit les clients que quelques compatriotes auxquels il s'était ouvert de son projet ne manqueraient pas de lui envoyer.

Il y a quelques jours, R. reçut la visite de deux clients : M.B., et le beau-frère de celui-ci, M. C. Tous deux commandèrent un dentier en or.

Les deux pièces étaient prêtes ; elles furent rapidement posées. Au bout de trois jours, MM.B. et C. remarquèrent que leur dentier prenait une couleur étrange : l'éclat de l'or pâlissait et, de

plus, ils avaient dans la bouche un goût fort désagréable. Ayant consulté un autre dentiste, ils apprirent que les deux dentiers étaient en cuivre.

Ils portèrent plainte contre R. auprès du commissaire de police. Le faux dentiste fut arrêté aussitôt. Il a été envoyé au Dépôt sous la double inculpation d'escroquerie et d'exercice illégal de la médecine.

(*Petite République*, 14 janv. 1914.)

Exercice illégal. Faux dentiste condamné.

La dixième correctionnelle, le 14 novembre 1913, a condamné M. M. à 300 fr. d'amende, à 400 fr. de dommages-intérêts envers trois chirurgiens-dentistes de P. On reprochait au condamné l'exercice illégal de l'art dentaire.

(*Le médecin de Paris*, décembre 1913.)

Dentiste et accident.

D'après un arrêt de la Cour de Caen du 27 février 1913, il n'est pas exagéré d'allouer 50.000 francs de dommages-intérêts à la victime d'un accident, laquelle, à peine âgée de trente ans, non seulement n'a pu exercer sa profession de dentiste pendant plus d'un an, mais se trouve diminuée pour toujours dans ses aptitudes physiques, sa profession lui étant rendue désormais plus pénible par la fatigue qu'elle ressent dans la station verticale.

(*Gazette des hôpitaux.*)

Chez le dentiste.

Le client d'un grand cabinet dentaire, tenu par un dentiste, chevalier de la Légion d'honneur, expert près les tribunaux, professeur dans une école dentaire, est-il en droit, quand il reçoit les soins, non du dentiste lui-même, mais d'un de ses aides, de refuser de payer le prix ordinaire des soins donnés par le professeur de l'école dentaire ?

Saisie de la question, la sixième chambre du tribunal a, après plaidories de Me Jean Dailly pour le demandeur, et de Me Maurice Orgias pour le défendeur, décidé que le client doit payer le même prix, qu'il soit ou non soigné par le directeur du cabinet dentaire ou par un de ses aides.

(*Le Matin*, 28 mars 1914.)

BIBLIOGRAPHIE

Cours de sciences naturelles.

Continuant la série de ses intéressantes et utiles publications, M. P. Ledoux, chef des travaux pratiques de bactériologie à l'Ecole dentaire de Paris et professeur au Collège Chaptal, vient de publier chez l'éditeur Alcan Lévy deux volumes portant ce titre, l'un pour la 2e année de l'enseignement primaire supérieur, l'autre pour la 3e année.

Tous les deux sont destinés aux élèves des écoles primaires supérieures, aux candidats au brevet élémentaire et aux écoles normales primaires et conformes aux programmes officiels du 26 juillet 1909. Le premier de ces volumes compte 377 pages ; il comprend les 3 parties *zoologie, botanique, géologie,* subdivisées, la 1re en 18 chapitres, la 2e en 10 et la 3e en 11. 455 figures intercalées dans le texte illustrent un exposé clair et précis et en rendent l'assimilation plus aisée encore aux jeunes lecteurs. Une carte en couleurs termine ce livre.

Le second volume, de 340 pages, est divisé également en trois parties : *zoologie, botanique* (étude des familles), *géologie appliquée,* subdivisées, la première, en 14 chapitres, la 2e en 10, la 3e en 5. Il est illustré de 473 figures.

L'auteur, qui, comme on sait, est docteur ès sciences, et auquel son grand savoir, enveloppé d'une plus grande modestie, donne une compétence particulière pour ce genre d'ouvrages, a serré de près le programme qu'il reproduit en tête de ces volumes.

En donnant le jour à ces publications M. Ledoux a justifié une fois de plus sa réputation de travailleur et, pour notre part, nous le félicitons et nous lui adressons nos remerciements.

Nouveau journal.

Nous avons reçu le premier numéro de *The Dental Bulletin,* publication trimestrielle en anglais et en espagnol éditée à New-York par M. J. M. Kukay.

NÉCROLOGIE

E. Pillette.

Nous avons annoncé dans notre dernier numéro la mort de M. Ernest Pillette, qui fut le premier professeur de prothèse de l'Ecole dentaire de Paris. Nous donnons ci-contre sa photographie, qui nous est parvenue trop tard pour être insérée dans le numéro du 30 mars.



Notre confrère M. Lubetzki, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'avoir la douleur de perdre son père, décédé le 11 mars.

Nous lui adressons, ainsi qu'à sa famille, l'expression de nos regrets et nos sincères condoléances.

***

G. Lemaire.

Nous apprenons la mort, à l'âge de 28 ans, de notre confrère M. Georges Charles Lemaire, ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris, décédé à Eaubonne (Seine-et-Oise), le 22 mars 1914.

Nous adressons nos condoléances à sa famille.

NOUVELLES

Distinctions honorifiques.

Nous relevons dans le *Journal Officiel* les distinctions honorifiques suivantes :

Officier de l'Instruction publique.

M. May (Rennes).

Officiers d'Académie.

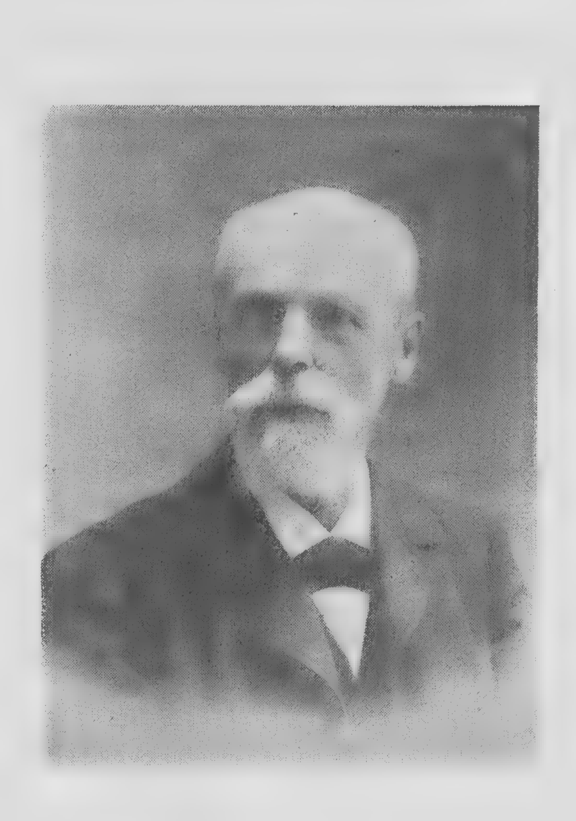
MM. Dr Chemin (Toulouse) ; J. Raymond (Paris) ; Rousset (Paris) ; Mme Uhry (Paris) ; Mlle Weil (Paris).

Nous adressons à ces confrères, qui sont membres de l'A. G. S. D. F., nos vives félicitations.

Parmi les autres membres de la profession ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique :

MM. Crépieux Jamin (Rouen) ; Fabre (Paris) ; Fraenkel (Paris) ; Geoffroi (St-Chéron) ; Leproust (Paris).



Ernest PILLETTE

1835-1914

Officiers d'Académie :

MM. Chamaillard (Paris) ; Fiandino (Marseille) ; Larue (Toulon) ; Reiffers (Bordeaux) ; Sisco (Marseille) ; Subirana (Madrid) ; Wissée (Levallois-Perret).

***

M. Ledoux, chef des travaux pratiques de bactériologie à l'Ecole dentaire de Paris et professeur au Collège Chaptal, a été, sur la proposition du Comité de l'Association amicale des fonctionnaires du Collège Chaptal, promu chevalier du Mérite agricole. Cette distinction lui a été remise le 28 mars dernier au banquet annuel de l'Amicale présidé par M. Lucien Poincaré, directeur de l'Enseignement secondaire au Ministère de l'Instruction publique.

Nous adressons nos vives félicitations à M. Ledoux.

Nomination.

Notre confrère M. Dubeau, doyen de la Faculté dentaire de l'Université Laval, à Montréal (Canada), a été nommé par le Gouvernement provincial membre du Conseil d'hygiène de la province de Québec. C'est la première fois qu'un chirurgien-dentiste est appelé à siéger dans ce Conseil.

Nos félicitations à M. Dubeau.

Conseil du corps enseignant.

Le Conseil du Corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris s'est réuni le 20 mars à 9 heures du soir, à l'Ecole, avec l'ordre du jour suivant :

1° Procès-verbal du Conseil du 6 mars 1913.

2° Correspondance.

3° Constitution du Bureau et de la Commission permanente.

4° Projet de programme des examens de 1re et 2e années de scolarité d'après le décret du 11 janvier 1909 (Rapporteur M. Roy).

5° Réinvestitures.

6° Propositions diverses.

Le Bureau a été constitué de la façon suivante :

Président (d'après le règlement) : le directeur de l'Ecole, M. Godon.

Vice-présidents (élus) : MM. Desgrez, Roy.

Secrétaire (élu) : M. G. Fouques.

La Commission permanente (4 membres élus, plus le Président du Conseil d'administration) : MM. Camus, Cousin, Blatter, Jeay.

L'Assemblée a examiné et modifié le programme qui lui était soumis (qui a été approuvé ensuite dans une réunion tenue le

même soir par le Conseil d'administration) et elle a pris connaissance des réinvestitures.

Congrès des praticiens.

Un Congrès des praticiens aura lieu en mai 1914.

Il aura pour programme l'étude du rôle que doivent jouer le corps médical et les syndicats médicaux dans l'organisation de l'hygiène sociale et de la défense sanitaire en France.

Envoyer les adhésions au Dr Quidet, trésorier, 54, rue Bonaparte, Paris.

Cotisation : 10 fr. donnant droit sans aucun supplément aux volumes des rapports.

Cercle odontologique de France.

La réunion mensuelle du Cercle odontologique de France a eu lieu le 26 mars, à 8 h. 3/4 du soir, à l'Hôtel des Sociétés savantes avec l'ordre du jour suivant :

Procès-verbal, Correspondance.

1 — Discussion sur la communication de M. Léger-Dorez *(Mathucine, Camphol et Rosaldéhol)*. Inscrit, M. Fourquet.

2 — Traitement d'une fracture simple et unilatérale du maxillaire inférieur par application d'une prothèse simple et facile : *Présentation du malade*, M. Fourquet.

3 — Un cas de prothèse restauratrice médiate du maxillaire inférieur : *Présentation du sujet*, M. Delair.

4 — Quelques considérations sur la membrane alvéolo-dentaire, Dr Siffre.

5 — Diagnostic de syphilis d'après les travaux récents, M. Arnault Tzanck.

6 — Un briquet chauffe-eau M. Jacques Filderman.

Avis.

M. H. de la Loge prie ses confrères de se tenir en garde contre un individu qui, sous le nom de capitaine Bruschmans, de l'artillerie coloniale, en congé, retour du Maroc, et ancien élève du Lycée Michelet (Vanves), se présente sous prétexte de se faire extraire les racines de la 1re grosse molaire supérieure droite et remet l'opération au lendemain. Denture générale bonne, particulière aux arthritiques, âge 39 ans.

Signalement : Taille 1m 72 environ, mince, visage long ovale, moustache et cheveux chatain-clair fournis, raie sur le côté gauche ; n'a pas l'allure militaire, semble plutôt las, ruban de la médaille coloniale bleu et blanc à la boutonnière.

34e ANNÉE. N° 8. 30 AVRIL 1914 VOL. LI

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LE CANAL ET L'ARTÈRE DE LA DENTITION TEMPORAIRE

Par CH. BENNEJEANT,
Chirurgien-dentiste, D. F. M. P., D. E. D. P.,
Docteur en médecine, licencié ès sciences.

(Suite et fin.)

LE CONTENU DU CANAL DE SERRES.

Nous avons vu que pour Serres il existe une artère de la dentition temporaire venant de l'artère dentaire inférieure, empruntant pour son parcours un canal sous-jacent au canal dentaire de l'adulte, et la distribution topographique qu'il en donne est très explicite. Afin de pouvoir confronter plus facilement nos résultats nous avons cru devoir reproduire la technique suivie par cet auteur. Nous y avons ajouté cependant, comme pouvant donner de précieuses indications, l'examen radiographique des pièces, la substance injectée étant opaque aux rayons X. En voici le détail :

1er temps : Mise à nu de la carotide externe et introduction de la canule de la seringue à injections dans l'artère, puis ligature de la carotide sur la canule ;

2e temps : Lavage des artères à l'essence de térébenthine, suivi d'une injection poussée jusqu'à l'obtention d'une teinte rosée sur la face. La masse d'injection était composée d'un mélange de vermillon et d'essence de térébenthine ;

3e temps : Désarticulation du maxillaire et section au niveau de la symphyse pour rendre indépendante chaque moitié de maxillaire ;

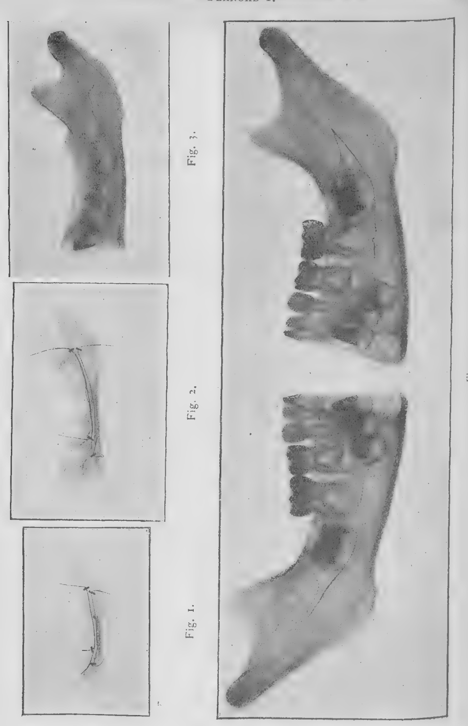


Fig. 1. — Radiographie du maxillaire d'un fœtus de cinq mois. *Le canal dentaire et le canal de Serres sont cathétérisés par des fils métalliqes.*

Fig. 2. — Radiographie du maxillaire d'un fœtus à terme.

Fig. 3. — Radiographie du maxillaire inférieur d'un enfant de cinq mois et demi côté droit. *Les artères sont injectées par un mélange vermillon-essence de térébenthine* (Cliché du Laboratoire de radiographie de l'Hôpital Lariboisière).

Fig. 4. — Radiographie du maxillaire inférieur d'un enfant de trois ans. *Les artères sont injectées par un mélange vermillon-essence de térébenthine* (Cliché du Laboratoire de radiographie de l'Hôpital Lariboisière).

Radiographie d'un maxillaire inférieur d'adulte d'une vingtaine d'années (Musée de l'Ecole d'Anthropologie). *Le canal dentaire et le canal de Serres sont cathétérisés par des fils métalliques* (Cliché du Loratoire de radiographie de l'Hôpital Lariboisière).

4ᵉ temps : Examen radiographique de chaque moitié de maxillaire, la face interne de l'os regardant l'ampoule ;

5ᵉ temps : Après un séjour plus ou moins prolongé dans le liquide de Bouin, comme fixateur et décalcifiant pour les maxillaires de fœtus ou de très jeunes enfants, dissection des artères injectées.

Dans nos dissections de maxillaires de très jeunes enfants, nous n'avons pas attaché grande importance aux germes dentaires non entièrement formés, nous n'en avons tenu compte que lorsque leurs dimensions et leur développement suffisants justifiaient l'étude de leur irrigation.

M. le professeur Henri Variot nous ayant autorisé à exécuter ces recherches sur des enfants décédés à l'hôpital des Enfants-Assistés, nous suivîmes cette technique. L'exitus du sujet ne remontait jamais au delà du 4ᵉ jour. Les radiographies furent faites au laboratoire central de radiographie de l'hôpital Lariboisière, où son directeur, M. Ch. Vaillant, nous donna l'hospitalité et l'appui de sa longue expérience.

De nos observations, des radiographies et des schémas de nos dissections il résulte que l'artère dentaire inférieure n'émet pas une artère de la dentition temporaire.

L'irrigation des première et deuxième prémolaires se fait par les ramifications de l'artère dentaire inférieure. Celle de toutes les dents antérieures temporaires et permanentes chez l'enfant se fait par les branches terminales de cette artère auxquelles s'ajoutent du côté externe : l'artère mentonnière et l'artère pénétrant par le foramen mentale antérius lorsqu'il existe, venant toutes deux de la faciale ; du côté interne un rameau venant de la sublinguale, après avoir traversé la table interne du corps de l'os. Ces artères de suppléance chez l'enfant de moins d'un an atteignent des dimensions égales ou presque égales à celles de la dentaire inférieure et l'absence de l'une d'elles paraît entraîner une augmentation de calibre des autres.

Le canal de Serres ne renferme que de très petites artérioles insignifiantes, incrustées de loin en loin le long de

ses parois. Si ce canal ne contient pas l'artère de la dentition temporaire décrite par Serres que contient-il ?

A l'examen histologique nous nous sommes trouvé en présence d'un vaisseau volumineux à parois minces et musculaires, possédant très peu de fibres élastiques, rappelant la structure d'une veine ou mieux d'un sinus veineux. Dans sa paroi cheminait une très fine artériole et un petit rameau nerveux. Les deux pièces sur lesquelles nous avons fait cette constatation avaient été prélevées sur le maxillaire d'un enfant du sexe féminin, âgé de 8 jours, taille 43,4, poids 1,640.

En résumé *jamais nous n'avons rencontré au cours de nos recherches l'artère dentaire inférieure temporaire décrite par Serres et admise par les autres auteurs à sa suite.*

Chez l'enfant l'apport artériel pour les germes dentaires des prémolaires et des molaires permanentes se fait par l'artère dentaire inférieure ; celui des germes dentaires permanents de la canine et des incisives par le rameau terminal de la dentaire inférieure et des troncs de suppléance venant de la faciale et de la sublinguale.

Le canal de Serres contient à la naissance un vaisseau volumineux à parois minces possédant au point de vue histologique les caractères d'un sinus veineux.

L'existence du canal de Serres chez l'adulte.

Serres rapporte un cas observé sur une femme de 35 ans de persistance chez l'adulte du canal dentaire temporaire. D'autre part Grüber, Bertelli et Le Double ont fait jouer dans les anomalies de nombre de l'orifice mentonnier un certain rôle à ce canal. C'est pourquoi nous avons pensé qu'il serait intéressant de connaître la fréquence des orifices antérieur et postérieur de ce canal chez l'adulte. Nos recherches ont porté sur trois cents maxillaires inférieurs d'adultes, renfermés tant dans le Musée Broca, que dans le laboratoire de M. Manouvrier, professeur à l'Ecole d'An-

thropologie. Pour les orifices mentonniers nous avons toujours différencié les orifices multiples dus à l'interposition de liteaux osseux, des cas dans lesquels il s'agissait réelle-



Fig. 8. — Persistance de l'orifice antérieur du canal de Serres chez un adulte (Musée de l'Ecole d'Anthropologie).

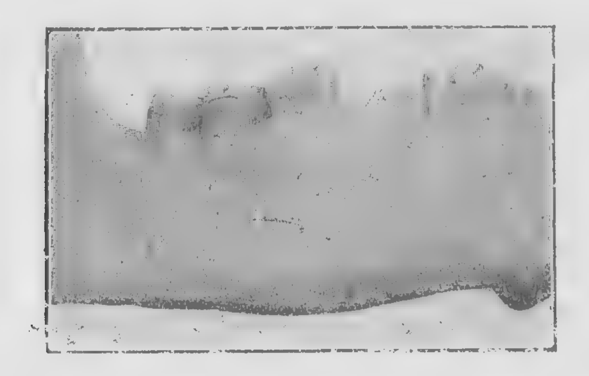


Fig. 9. — Orifice mentonnier triple (Musée de l'Ecole d'Anthropologie).

ment du foramen mentale antérius. Pour cela nous nous sommes basé sur la situation des orifices. Dans le premier mode de conformation les orifices surnuméraires sont toujours situés en arrière d'un plan passant par l'alvéole de la première prémolaire ; le liteau osseux qui divise l'orifice est tantôt oblique, tantôt parallèle au corps de l'os. Dans le deuxième mode l'orifice antérieur est au contraire situé en

avant du plan passant par l'alvéole de la première prémolaire, entre ce plan et la symphyse. Mais tandis que dans le premier mode les orifices sont presque égaux, dans le second les orifices sont très dissemblables : l'antérieur dépasse rarement 0 mm. 5, le postérieur atteint la dimension de l'orifice normal et en possède l'orientation et la situation.

Il en est de même pour les orifices dentaires postérieurs, l'orifice du canal de Serres, qui est le plus externe et le plus postérieur des deux, ne possède jamais les dimensions de l'orifice du canal dentaire inférieur. Chez le fœtus à terme, où il atteint son maximum de développement, il a environ 1 mm. de diamètre contre 1 mm. 5 pour l'orifice où passent le nerf et l'artère. Chez l'adulte, lorsqu'il existe, ses dimensions sont très variables et dans bien des cas elles ne dépassent pas celles d'un trou nourricier ; toutefois sa situation à peu près constante le signale à l'observation[1].

Voici les résultats fournis par cette statistique :

POUR L'ORIFICE MENTONNIER *du côté droit :*

12 cas dans lesquels cet orifice était divisé par une languette osseuse. Sur ces 12 cas 10 étaient doubles, 1 triple et 1 quadruple soit un pourcentage de 4 °/₀.

Dans 21 cas l'orifice antérieur de Serres existait, soit 7 °/₀ et dans 3 de ces cas il y avait coexistence avec un orifice mentonnier double premier mode.

Pour *le côté gauche :*

11 cas, 1[er] mode soit 3,6 °/₀
15 cas, 2[e] — — 5 °/₀

Enfin dans 7 cas les orifices mentonniers antérieurs de Serres existaient des deux côtés à la fois, mais dans 5 de

1. Jamais cette anomalie n'était bilatérale. Au total nous avons donc 23 cas sur 300, ce qui donne un pourcentage de 8 °/₀. Bertelli l'avait rencontrée 3 fois (2 à droite, 1 à gauche) sur 200 cas et Le Double 9 fois (5 à droite, 4 à gauche) sur 400 cas, ce qui donne à ces deux auteurs un pourcentage de 2,4 °/₀.

L'orifice mentonnier triple avait été signalé 1 fois par Bertelli, 1 fois par Le Double et 1 fois par Grüber sur 1200 cas. Quant à l'orifice mentonnier quadruple, il n'avait pas encore été signalé.

ces cas il n'existait pas d'orifices postérieurs, vestiges du canal de Serres.

Nos chiffres sont un peu plus élevés que ceux de Le Double et de Bertelli, mais dans leur ensemble ils offrent les mêmes relations.

Le Double a rencontré le foramen mentale antérius 11 fois sur une série de 400 crânes tourangeaux (4 à gauche, 5 à droite, 2 des deux côtés).

Bertelli 7 fois (4 à gauche, 2 à droite et 1 des 2 côtés) sur une série de 200 crânes italiens.

Ces chiffres leur donnent un pourcentage commun de 3 %.

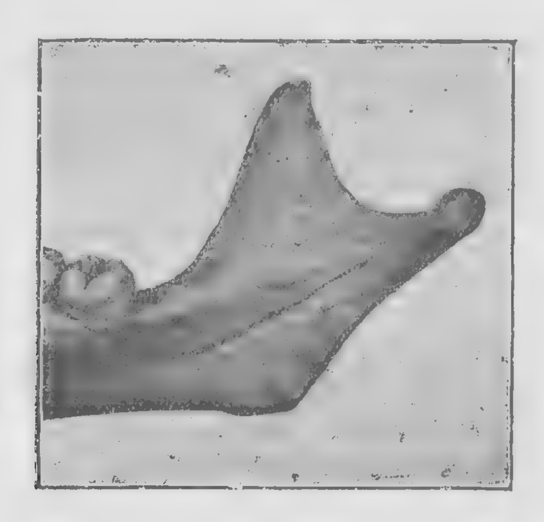


FIG. 10. — Persistance de l'orifice postérieur du canal de Serres chez un adulte (Musée de l'Ecole d'Anthropologie).

Nous avons recherché de même l'existence chez l'adulte d'orifices dont la situation sur la branche montante soit identique à celle de *l'orifice postérieur du canal de Serres.*

Des deux côtés 84 fois soit 28 %.

Du côté droit seulement 37 fois soit 12,3 %.

Du côté gauche seulement 27 fois soit 9 %.

Dans les 84 cas où cet orifice existait des deux côtés nous avons rencontré 11 cas à droite et 11 à gauche dans lesquels l'orifice antérieur était visible.

Jamais par contre nous n'avons rencontré de cas où les quatre orifices correspondant aux orifices externes du canal de Serres existassent simultanément.

Dans deux cas nous avons pu cathétériser profondément le canal de Serres des deux côtés à la fois. Les radiographies de la planche II indiquent nettement dans un des cas observés par nous, que ces orifices correspondent à un canal et que ce canal a la même situation que le canal de Serres. Il s'agit dans le cas particulier d'un maxillaire inférieur d'Étrusque d'une vingtaine d'années emprunté aux collections de l'Ecole d'Anthropologie. Deux cathéters métalliques introduits sans le moindre effort dans les canaux repèrent exactement la situation du canal de Serres et du canal dentaire sus-jacent.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ADAIN G. Le canal mandibulaire et les accidents des dents de sagesse (*Thèse Méd. Paris, 1909*).

BERTELLI D. L'arteria sotto linguale (*Archivo italiano di anatomia e di embryologia, vol. 6, 1903*).

— Il contotto mentale medio (*Monit. zool. ital., 1892*).

BLACK. Dental Anatomy.

CHOQUET. Précis d'Anatomie dentaire, *Paris, 1904*.

CRUVEILHIER. Anatomie descriptive, 1842, I, 1.

DIEULAFÉ ET HERPIN. Anatomie de la bouche et des dents. *Paris, 1909*.

— — Développement de l'os maxillaire inf. (*Journal de l'Anatomie, 1906*).

GUIDO FISCHER. Anatomie dentaire humaine et comparée, 1911.

GEGENBAUR. Anatomie humaine, trad. Julin.

GRUBER W. Bemerkungen über das Foramen mentale (*Arch. für Anat., Physiol. und Wissenschaftl. Medezin, 1872*).

HEULE. Handbuch der Anatomie. Eingeweidelehre 1873.

HERPIN. L'évolution de l'os maxillaire inférieur (*Thèse Méd. Paris, 1907*).

HERTWIG. Handbuch der vergleichenden und experimentellen Entwickelungslehre der Wirbelthiere, *Iéna, 1906*).

HUMPHRY. Treatise of the human Skeleton. *Cambridge, 1858*.

— On the growth of the jaws (*Trans. of the Cambridge philos. society, 1871*).

KOLLIKER. Traité d'embryologie. Traduct. Schneider, 1892.

LE DOUBLE. Traité des variations des os de la face de l'homme 1906.

LOW. *Journal of Anatomy and Physiology*, 1905, 1909, 1910.

MAGITOT ET ROBIN. Note sur le contenu de la gouttière dentaire des os maxillaires (*Comptes rendus et Mém. Soc. Biologie, tome* 1, *3e série, 1859).*

MASQUELIN. *Bull. Acad. roy. de Belgique*, 2e *série, t.* 45, *n°*4, 1878.

OWEN R. Odontography 1845.

PATRUBAN. *Œsterreich. Zeits. f. praktit. Heilkunde*, n° 22, 1865.

POIRIER. Anatomie humaine, t. I, 1911.

RAMBAUD ET RENAULT. Origine et développement des os, 1864.

ROBINSON. Sur un troisième canal mandibulaire chez l'enfant (*Comptes rendus Acad. sciences, 1906*).

ROUVIÈRE ET VALLOIS. Notes sur le mode de terminaison de l'artère sublinguale (*Bibliographie Anatomique, t.* XVIII, *1908).*

SAPPEY. Traité d'anatomie descriptive, 1888-1889.

SAUVEZ. Anatomie et physiologie de la bouche et des dents. Paris, 1905 (*Collection du chirurgien-dentiste*).

SERRES R. Essai sur l'anatomie et la physiologie des dents, 1817.

SMITH HOPEWELL. Histology and Patho-histology of the teeth, 1903.

SPEE (G.). In Traité de BARDELEBEN Handbuch der Anat. des Menschens Bd. l. heft 3, 1896.

TOMES CH. Anatomie dentaire comparée, Trad. Cruet, 1880.

VALLOIS H. ET BENNEJEANT CH. Le développement du canal dentaire inférieur et la vascularisation de la mâchoire inférieure aux différents âges (*Bull. et Mém. Soc. Anthropologie, 1913).*

WOLFF. Ueber das Wachstum des Unterkiefers (*Arch. f. Path. Anat. und Phys., 1888*).

REVUE DES REVUES

PHASES SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES DE LA QUESTION DES ALLIAGES D'AMALGAME

Par W. Atkinson, de Philadelphie.

Pendant des années après l'introduction de l'alliage d'amalgame pour l'obturation des dents la dentisterie attendit le moment où une matière idéale de ce genre serait trouvée. Ces années d'attente furent pénibles et l'alliage d'amalgame fut l'objet de bien des critiques à cause de son retrait et de la coloration qu'il donnait aux dents. C'est alors que Foster Flagg se livra à des recherches qui lui permirent d'établir des formules ; il établit le rôle de l'or, du zinc, du cuivre comme agents modificateurs des combinaisons habituelles d'argent-étain. L'or contribue à la plasticité, le zinc blanchit, le cuivre renforce ; aussi Flagg introduisit-il ces agents dans ses formules. Il prouva que les alliages subissent un changement en vieillissant. Mais comme son œuvre reposait sur des bases plus empiriques que scientifiques, aucun de ses alliages ne possédait les qualités impérieusement nécessaires.

La question en était là quand Black la reprit. Il étudia d'abord les conditions existant dans la bouche ; il rechercha la force moyenne exercée par les mâchoires dans la mastication, déterminant ainsi la résistance qu'une obturation doit opposer à cette force. Il détermina l'espace nécessaire à l'invasion des micro-organismes entre les parois d'une cavité de dent et une obturation qui avait éprouvé du retrait ; il perfectionna certaines machines à essayer. Il prouva qu'une formule de Flagg subissait un retrait après l'amalgamation, par suite d'un excédent d'étain et d'une insuffisance d'argent.

Il expose un système d'équilibre dans les formules qui est purement empirique et qui a été condamné par les faits. Ce système se résume ainsi :

1° Tous les métaux fournis par le commerce pour la préparation de l'alliage d'amalgame sont impurs et comme ces impuretés empêchent l'amalgame de posséder certaines qualités nécessaires, il faut essayer chaque lot de métal et suivant les résultats donnés par le micromètre et le dynamomètre il faut établir une formule d'essai fournissant les indications voulues pour la pratique.

2° Les alliages ne sont pas des composés chimiques, mais de

simples solutions physiques de deux ou plusieurs métaux, dont les proportions peuvent varier à volonté.

3° Aucune formule n'est nécessaire quand le fabricant suit la méthode d'équilibre de Black.

Les expériences et les faits ont établi que ces trois affirmations sont erronées.

Mac Caubey a fait des essais sur les alliages d'amalgame et en a publié le résultat, qui met en lumière les points faibles du système d'équilibre de Black. Ces essais montrent que les alliages du commerce méritent plus de confiance que Black ne le prétend et que les alliages préparés d'après la méthode de Black présentent souvent un retrait marqué ou une dilatation notable. Les alliages d'argent, d'étain et de cuivre se sont le mieux comportés, tandis que ceux contenant le zinc témoignaient de graves erreurs ; mais comme le zinc doit entrer dans les alliages de Black ou d'autres types, si l'on veut une couleur claire, il va de soi que les alliages à proportions n'en contenant pas sont susceptibles de subir une dissolution chimique par les fluides buccaux et par suite de décolorer les dents dans lesquelles ils sont placés comme obturations. Les alliages contenant du zinc, en raison de la relation électro-chimique de ce métal avec le cuivre, présentent des changements de volume. De plus, le zinc détermine au sommet une masse refroidissante d'alliage qui empêche le lingot d'être égal, et il s'oxyde pendant la coulée ; cet oxyde pénètre dans la masse d'alliage et s'y dissout avant le refroidissement, ce qui diminue la force de l'amalgame qui le renferme.

Alors est intervenue la chimie, qui a montré que certains alliages se condensent en prenant et que d'autres se dilatent, que les affinités de certains métaux l'un pour l'autre doivent être considérées avant de pouvoir se combiner parfaitement en un alliage et que la loi atomique est la chose importante dans ces combinaisons. Les alliages à proportions ne sont pas combinés eu égard à leurs relations atomiques. Par suite la théorie chimique des alliages fournit la seule solution du problème des alliages. C'est la base sur laquelle tout travail métallurgique doit être établi. C'est l'étude de la chimie des métaux au laboratoire qui permettra de manier ceux-ci intelligemment et d'en faire ce que l'empirisme ne permet pas.

(*Dental Cosmos*, juin 1913.)

REVUE ANALYTIQUE

La carie des quatre incisives supérieures.

L'auteur expose 10 observations cliniques résumées de carie « précoce et simultanée » des quatre incisives supérieures ; on y remarque que :

1° La carie des incisives supérieures commence en général vers la quatorzième année, rarement plus tôt. Elle atteint d'emblée les quatre dents incisives ;

2° On la trouve dans l'un ou l'autre sexe, cependant il semblerait qu'elle soit un peu plus fréquente dans le sexe masculin ;

3° L'évolution de cette carie est assez rapide. En moins de quatre ans le processus pathologique est achevé. Vers 17 ou 18 ans, les dents cariées s'effritent, se brisent ; il faut alors les enlever.

4° Dans la plupart des cas observés, la carie reste limitée aux quatre incives supérieures. Les autres dents sont en général saines et lorsqu'elles présentent de la carie il semble que cet état soit postérieur à la carie des incisives.

5° Dans la majorité des cas, la carie des incisives supérieures coïncide avec un palais de type ogival.

On remarque rarement des anomalies de la dentition et des maxillaires.

6° Deux fois la chute des cheveux a coïncidé avec un début de carie des incisives supérieures.

Il a été difficile d'avoir des renseignements sur l'état de la première dentition chez les sujets observés. Cependant dans 3 observations, les parents interrogés ont répondu n'avoir rien remarqué d'anormal, soit au point de vue du moment d'apparition de ces dents, soit au point de vue d'atteintes pathologiques. Il ne parait pas non plus que chez ces sujets les dents de seconde dentition aient présenté des variations quant au temps, l'âge et l'ordre de leur apparition.

Des recherches anatomiques et anatomo-pathologiques qu'a poursuivies l'auteur, on peut déduire que, dans un certain nombre de cas, cette forme de carie coïncide avec un défaut de fusion des pièces osseuses constituant le maxillaire supérieur et avec la présence d'une synarthrose incisive, avec vascularisation défectueuse de l'os incisif, celle-ci ayant conservé le type artériel infantile.

Il se produit donc une insuffisante nutrition de la portion incisive du maxillaire, et c'est ce qui explique pourquoi les dents implantées dans cette région sont si facilement touchées par les processus pathologiques.

La carie précoce et simultanée des quatre incisives supérieures s'explique donc par un défaut de nutrition de l'os incisif et par suite des dents qui y sont attachées.

C'est là une confirmation de la loi de Le Double qui veut que tout

organe présentant des variations morphologiques, soit plus sujet qu'un autre à subir les atteintes pathologiques.

(L. Dubreuil-Chambardel, *Gaz. méd. du Centre*, 1913, n° 5, p. 98.)

Tuberculose miliaire en nappe de la gencive et de la lèvre.

M. J. Chompret présente un jeune homme de 18 ans, atteint de tuberculose pulmonaire ignorée jusqu'à ce jour, et qui offre au niveau du maxillaire inférieur droit, sur la gencive, dans le vestibule, sur la lèvre, une vaste zone rougeâtre, tranchant sur la pâleur voisine de la muqueuse saine, criblée de petits points gris et jaunes, isolés ou confluents, donnant lieu, par leur éclatement, à des ulcérations superficielles, de toutes dimensions et de toutes formes ; les uns ressemblent à des trous d'écumoire ; les autres, plus étendues, fort irrégulières, forment des îlots blanc grisâtre.

L'affection datant de quatre mois a débuté au collet d'une dent saine et est longue aujourd'hui de plus de 4 centimètres. Pas de douleurs spontanées, pas de ganglions.

L'examen microscopique de l'exsudat fait reconnaître de très nombreux bacilles de Koch.

(*Soc. Fr. de Dermatologie*, 1913.)

Cancer atrophique de la langue.

M. Dévé rappelle qu'on décrit deux formes principales de cancer de la langue : la forme végétante et la forme ulcéreuse, rongeante. Depuis une communication de Cerné, faite en 1890 à la Société de Chirurgie, les traités classiques mentionnent une troisième forme, très exceptionnelle, la forme atrophique, véritable « squirrhe de la langue », comparable au squirrhe atrophique du sein, « où la sclérose ratatine la langue superficiellement ulcérée ». A. Broca, dans son article du Traité de Chirurgie, ne cite guère que les cas de Cerné, de Lagoutte et de Morel-Lavallée, le dernier douteux. « En somme, conclut-il, il s'agit d'une rareté. »

C'est un fait de ce genre que M. Dévé a eu l'occasion de suivre pendant plusieurs mois et dont il présente les pièces microscopiques et les biopsies très démonstratives.

Il n'est pas sans intérêt d'insister sur la lenteur d'évolution et les améliorations vraiment paradoxales — capables de faire douter du diagnostic — qui s'observent chez certains épithéliomas, même des muqueuses, cela, de façon absolument spontanée, indépendamment de toute médication plus ou moins spécifique (?) : cuivre, sélénium, etc.

(*La Normandie médicale*, t. XXIX, n°3.)

Anesthésie à l'hyoscine-morphine pour l'injection d'alcool dans les névralgies.

Il est certain que l'injection d'alcool constitue à l'heure actuelle un des moyens les plus efficaces de guérir les névralgies si pénibles et si rebelles du trijumeau ou tics douloureux de la face. Or, le gros in-

convénient de cette méthode consiste en ce qu'elle est excessivement douloureuse. Pour y remédier, M. le Dr Wilfred Harris (*The Lancet*, nº XIII) a recours à l'injection d'un mélange de morphine (0,02 centigramme) et d'hyoscine (0,0004 dixmilligrammes) par la voie hypodermique, au niveau du bras, vingt minutes avant de commencer la piqûre d'alcool. Pendant cet intervalle de temps on fait demeurer au lit le malade et on lui conseille sinon de dormir, au moins de rester au calme et au repos absolu.

Grâce à cette anesthésie préalable, l'auteur a pu depuis an an et demi opérer pour ainsi dire sans souffrance, l'injection d'alcool dans un grand nombre de névralgies du trijumeau.

Jamais il n'a observé le moindre effet fâcheux relevant de cette façon de procéder, sauf dans un cas : il s'agissait d'une vieille femme de soixante-dix ans, très sensible aux médicaments hypnotiques : à la suite de l'injection la respiration devient temporairement lente, il se produisit de la cyanose une heure et demie après. Cela n'empêcha pas la malade de se remettre.

Pour éviter les vomissements qui, parfois se produisent chez quelques sujets, il suffit d'ajouter un peu d'atropine à la solution d'hyoscine-morphine.

(*Bulletin Médical.*)

Kystes du sinus maxillaire.

On fait rarement le diagnostic de mucocèle du sinus maxillaire, et plutôt celui de kyste (le plus souvent d'origine dentaire). La ponction diaméatique et l'analyse chimique peuvent permettre de faire le diagnostic (grande abondance de mucine dans le mucocèle, cholestérine dans les kystes d'origine dentaire).

En réalité, on peut trouver une réaction intense de la mucine et l'absence de cholestérine dans des kystes où l'origine dentaire ne fait pas de doute.

(Collet, *Congrès fr. d'o. rh. laryng.*)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 3 février 1914.

Présidence de M. GEORGES VILLAIN, vice-président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Le secrétaire général annonce que, comme tous les ans, la Société d'Odontologie donnera une séance de démonstrations pratiques qui aura lieu le dimanche 22 février. Le programme de cette réunion est déjà arrêté en partie, mais des adjonctions y sont possibles si des membres désirent se faire inscrire.

Le Président. — Avant de lui donner la parole, permettez-moi de vous présenter M. Valadier, qui est inconnu de beaucoup d'entre vous. M. Valadier fait en ce moment à l'Institut Pasteur des recherches dont il vient nous apporter le résultat, ce dont nous le remercions bien vivement.

I. — LE TRAITEMENT DE LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE PAR LA VACCINOTHÉRAPIE, PAR M. VALADIER.

M. Valadier donne lecture de sa communication (V. *Odontologie* du 15 mars 1913, p. 193).

M. Roy. — Je suis très heureux de voir ce soir une question de ce genre abordée devant la Société d'Odontologie. Il s'agit en effet d'une question très importante et qui préoccupe beaucoup les dentistes, mais malheureusement peu, très peu de nos confrères français, alors qu'on s'en occupe beaucoup en Angleterre et également en Amérique.

Il s'agit en l'espèce d'un procédé de traitement dont la priorité revient à Goadby, de Londres, qui a préconisé je crois le premier le traitement de la pyorrhée par des vaccins en 1906.

Depuis lors, de nombreux travaux ont été publiés, surtout en Angleterre où il existe même un laboratoire qui s'occupe particulièrement de ce genre de recherches. On trouve également un certain nombre de travaux sur ce sujet en Amérique et quelques-uns en Allemagne.

Il n'y en avait pas en France et je suis très heureux que M. Valadier soit venu nous apporter ce soir une contribution très importante et très intéressante à cette question.

Je suis, comme M. Valadier, d'avis qu'on n'arrivera à un traitement convenable de la pyorrhée alvéolaire que le jour où on connaîtra bien son étiologie. Je me propose d'étudier cette question au Congrès de Londres mais pour ce soir je n'aborderai pas cette question qui m'entraînerait beaucoup trop loin.

M. Valadier fait au sujet du nettoyage des dents dans la pyorrhée et des honoraires que représente cette opération des réflexions très judicieuses. Je crois que cette question est liée à une éducation de la clientèle qu'il appartient à chacun de nous de faire, mais pour cela il faut être convaincu, comme je le suis pour ma part, qu'on peut guérir la pyorrhée dans un grand nombre de cas, ou tout au moins l'améliorer d'une façon tellement notable qu'on peut considérer cela comme une guérison dans la grande majorité des cas.

Cette notion malheureusement n'est pas suffisamment entrée dans l'esprit de beaucoup de nos confrères et c'est à cause de cela que beaucoup de patients se refusent à subir un traitement dont ils ne sentent pas l'opérateur suffisamment pénétré de son importance et de ses résultats.

Je note également ce fait signalé très heureusement par M. Valadier de l'ignorance des médecins au sujet de la pyorrhée.

En effet s'il y a un sujet qui devait retenir l'attention des stomatologistes, des médecins qui s'intéressent à l'art dentaire, c'est assurément cette question de la pyorrhée alvéolaire et cependant, si l'on consulte la *Revue de Stomatologie* des cinq ou six dernières années, on verra combien peu cette question paraît les avoir préoccupés.

Je relèverai en passant et sans m'y arrêter plus longuement un petit point de la communication de M. Valadier.

Il dit que, dans la pyorrhée, la pulpe est toujours morte. Je ne suis pas de cet avis. Sans doute la pulpe se mortifie souvent dans les dents multi-radiculées mais dans les dents uni-radiculées la mortification pulpaire est exceptionnelle. Nous voyons tous les jours des patients ayant des dents atteintes de pyorrhée à un degré avancé et cependant nous pouvons constater que ces dents sont encore très sensibles au froid et au chaud, ce qui prouve qu'il y a encore une vitalité pulpaire notable. Cette observation qui a trait à un fait clinique ne veut pas dire toutefois que je ne suis pas partisan, comme M. Valadier, de la destruction de la pulpe dans ces cas-là.

Pour en revenir plus particulièrement à notre sujet, tous les auteurs sont d'accord pour penser qu'il n'y a pas de microbe spécifique de la pyorrhée. Ce sont des microbes de divers ordres qui peuvent provoquer cette affection. Le streptocoque est

cependant celui qu'on rencontre le plus fréquemment dans la pyorrhée, néanmoins ce n'est pas le seul.

Je reproche à M. Valadier de faire jouer un rôle un peu trop exclusif au spectrocoque. Il y a des associations microbiennes nombreuses et nous savons qu'elles modifient considérablement le rôle d'un micro-organisme déterminé.

Certains qui seraient même inoffensifs peuvent, lorsqu'ils sont associés à d'autres microbes, devenir extrêmement virulents; aussi je crois que c'est à l'ensemble des micro-organismes rencontrés dans chaque cas particulier qu'il faut s'adresser.

C'était du reste, je crois, l'avis de Goadby, dont je n'ai pu retrouver le travail primitif.

J'ai eu justement l'occasion, à propos de cette communication, de voir un travail très intéressant qui a été publié dans le *British Dental Journal* du mois d'octobre. C'est une communication du Professeur Surveyor de Bombay. Il a fait des expériences au sujet des vaccins dans le traitement de la pyorrhée et il pense comme moi que la grande variété des microbes qu'on rencontre dans lapyorrhée alvéolaire rend le problème de la vaccine très compliqué.

C'est pour cette raison qu'il est partisan, lui aussi, de l'autoxyne vaccine. Pour cela il prélève du pus avec une pipette dans la poche purulente (très rapidement je vous résume sa technique), il vient un peu de sang en même temps que le pus. Il ferme son ampoule et il la porte à l'étuve pendant 24 heures, ce qui assure le développement des micro-organismes dans le sang même de l'individu observé. Le lendemain, le contenu est mesuré et dilué dans la solution saline normale d'environ 1/300 à 1/600 et stérilisé à 60°. Auparavant, il ajoute quelques gouttes de solution de soude caustique à 15 0/0 de façon à détruire les globules de sang et de pus. Il laisse ensuite le mélange dans l'incubateur 18 à 24 heures et il est alors prêt à être injecté. Sans insister davantage sur la question technique, ce qui est intéressant à noter ce sont les résultats obtenus : sur 21 cas traités par M. Surveyor au moyen de la vaccine ordinaire 4 seulement eurent une amélioration ; tandis que sur 17 cas traités par lui par la méthode autoxyne vaccine 15 furent améliorés et les deux échecs qu'il éprouva étaient des cas de diabète grave avec sucre, acétone et acide diacétique en grande quantité par M. Surveyor.

La question du vaccin dans la pyorrhée est des plus intéressantes mais toutefois il ne faut pas oublier un point, c'est que le vaccin est toujours employé concurremment avec le traitement local et étant donné les bons résultats observés dans nombre de cas avec ce seul traitement on peut se demander la part qui revient à la vaccine dans le résultat obtenu.

Cependant cette adjonction du vaccin au traitement local paraît utile surtout dans les cas avancés et généralisés ; le vaccin agit sur l'état général qui est modifié par la maladie locale comme Galippe l'a indiqué en rattachant le diabète à la pyorrhée et non la pyorrhée au diabète. Notre collègue André nous a apporté il y a quelque temps plusieurs observations à l'appui de cette opinion.

La modification apportée à l'état général par le vaccin relève la vitalité des tissus et permet une guérison plus rapide peut-être en relevant l'état opsonique du malade (on sait que les opsonines sont les substances favorisant l'absorption des microbes par les leuccyptes) et suivant l'opinion de Wright il faut, pour lutter contre l'infection, augmenter les opsonines et non pas les leucocyptes.

Quoi qu'il en soit, la méthode du traitement de la pyorrhée par la vaccine ouvre des horizons très intéressants sur le traitement de cette affection redoutable et je félicite vivement M. Valadier de nous avoir apporté une importante contribution à l'étude de cette question.

M. Frey prend part à la discussion. Ses observations feront l'objet prochainement d'un travail original.

M. Frey. — Je demanderai à notre confrère si le vaccin sensibilisé n'est pas celui qui est sensibilisé par la méthode de Besredka ?

M. Valadier. — Non c'est un peu changé. D'ailleurs je vous présente le Dr Dominique Bertrand, qui pourra vous donner à ce sujet toutes les explications que vous pouvez désirer.

M. le Dr Dominique Bertrand. — Besredka, le premier, a appliqué les vaccins sensibilisés au point de vue préventif. Il a fait un grand nombre d'expériences sur les animaux, surtout avec le vaccin contre la fièvre typhoïde. Dans ce cas, elles ont montré que les animaux (chimpanzés qui seuls ont les mêmes symptômes que l'homme), vaccinés par le vaccin de Vincent, prenaient la maladie alors que ceux qui avaient reçu des microbes sensibilisés et vivants avaient une immunité solide. A cause de cette supériorité des vaccins sensibilisés, il fallait essayer de les faire entrer dans la thérapeutique et faire la vaccinothérapie comme avec les vaccins de Wright.

J'ai commencé avec le staphylocoque dans des cas d'anthrax de furonculose, d'acné furonculeuse et les résultats étaient meilleurs que ceux obtenus avec les microbes simplement tués par la chaleur. D'ailleurs on peut très bien sensibiliser les bactéries tuées soit par la chaleur à la plus basse température possible environ 58°, soit par le chlorure d'éthyle qui n'abîme pas les albuminoïdes de la cellule microbienne.

Avec les microbes sensibilisés vivants, il faut faire attention

aux doses car on obtient parfois des réactions locales très fortes particulièrement avec le staphylocoque et qui au premier abord sont un peu impressionnantes. En général il est préférable de prendre des microbes tués puis sensibilisés au moins pour les premières injections. Dans les cas très rebelles il y a intérêt à utiliser les vivants.

Ensuite j'ai sensibilisé de la même façon les streptocoque, pneumocoque, bacille de Friedlander, proteus et catarrhalis.

Dans les cas de pyorrhée on trouve des microbes vivants sur les muqueuses et qui n'infectent généralement pas toute l'économie sauf parfois tout le tractus gastro-intestinal par déglutition du pus. Sauf de rares cas nous avons fait des associations microbiennes, car il est très rare d'avoir une infection déterminée par une seule espèce.

M. Roy. — Vos vaccins étaient composés.

M. Bertrand. — C'était un auto-vaccin fait avec les deux espèces qu'on trouvait.

M. Frey. — Un auto-vaccin polyvalent.

M. Dr Bertrand. — Dans les préparations mêmes il y a presque toujours un nombre très considérable de spirochètes : ils disparaissent toujours sans qu'on fasse une thérapeutique spécialement contre eux ; ils ne jouent probablement aucun rôle.

M. Frey. — Vous ne croyez pas qu'ils jouent un rôle de nécrose ?

M. Bertrand. — Lorsqu'on fait disparaître les autres espèces, ils disparaissent aussi ; il n'y a pas d'anaérobies stricts qui semblent pouvoir vivre dans ces conditions.

M. Frey. — C'est ce qui fait que les anaérobies de la pyorrhée alvéolaire n'ont pas été étudiés.

M. Bertrand. — J'ai cherché les anaérobies. J'ai fait les ensemencements en gélose sucrée profonde. En n'en tenant pas compte on obtient les mêmes résultats. Il semble bien par conséquent qu'expérimentalement cela ne joue aucun rôle ou en tous cas un rôle très secondaire.

M. Choquet. — Il y a une partie du travail de notre confrère qui m'a beaucoup frappé et je me rallie à l'opinion de M. Frey à cet égard. Notre confrère a émis l'opinion que pour la pyorrhée il n'existe pas de microbes spécifiques. Il en est de la pyorrhée, à mon avis, comme de la carie dentaire. Toutes espèces de microbes peuvent arriver à la créer. Les microbes spécifiques n'existent que pour certaines maladies bien déterminées, telles que le tétanos.

M. Anema donne lecture d'une note par laquelle il fait ressortir l'importance du facteur traumatique dans les cas de pyorrhée.

M. Godon. — Je ne veux pas renouveler les diverses observations qui nous ont été présentées ce soir au sujet de la communication de M. Valadier. J'aurais moi aussi insisté sur la cause traumatique dont on vient de vous parler, si M. Frey n'avait rappelé tout à l'heure la communication que j'ai déjà faite à ce sujet. Je me bornerai ce soir à me féliciter d'avoir invité M. Valadier à venir nous présenter son travail sur la vaccinothérapie, qu'on a beaucoup étudiée à l'étranger et qui vient d'être discutée ici pour la première fois. Cette communication et les observations qu'elle a provoquées ont été vraiment intéressantes.

Je tiens pour ma part à remercier très vivement notre confrère M. Valadier.

M. Valadier. — Je vous demande la permission de répondre aux différents confrères qui ont bien voulu prendre la parole. En premier lieu je dirai à M. Roy que Goadby et autres en Angleterre n'ont pas réussi, parce qu'ils ont essayé seulement le traitement par la vaccine. Ils n'ont jamais essayé le traitement du côté dentaire. Il est naturellement compris que je ne dis pas que le vaccin seul peut faire du bien, le traitement dentaire est absolument nécessaire. On ne peut rien faire lorsque l'on pratique l'un sans l'autre.

Quant à ce qui a été dit à propos des causes de la pyorrhée, je ne crois pas non plus qu'elle soit causée par un microbe spécifique. Avez-vous jamais vu un cas de pyorrhée qui a persisté après que vous avez enlevé les dents ? Aussitôt que vous avez retiré les dents, la pyorrhée s'arrête. Avez-vous jamais vu une bouche où il n'y avait plus de dents avec du pus ? C'est absolument impossible, à mon idée.

J'ajouterai que je n'ai pas dit que c'était le streptocoque qui était la cause de la pyorrhée, nous ne faisons jamais un vaccin avec du streptocoque seul, nous faisons toujours une association. Dans chaque bouche, dans chaque cas, il y avait un microbe prédominant qu'on pouvait isoler.

A propos des cas que j'aurais bien voulu vous montrer ce soir, j'ai eu le plaisir le 10 janvier de faire une communication devant la Société américaine. J'ai présenté des cas, mais il m'était difficile de venir devant vous dire tout ce que nous avons fait, dans le court espace de temps réservé aux communications. M. Davenport a vu ces cas. J'ai parlé de cela avec M. Lemière tout à l'heure et nous nous tenons à votre disposition, pour vous démontrer le traitement, un des malades à l'Ecole que vous pourrez suivre et vous constaterez les résultats du vaccin dentaire.

Je n'ai pas divisé les cas comme notre confrère M. Frey le demande pour la raison que, dans mon opinion, les causes sont

absolument locales. Il est vrai qu'une personne qui a pris beaucoup de mercure peut présenter une pyorrhée plus forte, qu'un diabétique peut présenter une pyorrhée plus grave qu'un autre sujet, mais je ne crois pas que ces faits puissent déterminer la pyorrhée.

M. Frey. — Je dis causes prédisposantes, je ne dis pas causes déterminantes.

M. Valadier. — J'avais l'espérance de vous présenter une patiente ce soir : une chanteuse de l'Opéra, arrivée ce soir de Monte-Carlo, Mlle Marguerite L... Elle a été soignée par 6 ou 7 confrères de Paris des plus connus. Ils ont dit que la nécrose existait.

Nous avons traité cette personne, elle n'a pas perdu une dent, la pyorrhée est finie et sa bouche est dans un état très sain. Je pourrai vous montrer d'autres cas.

Le Président. — Je tiens à remercier M. Valadier en mon nom personnel et au nom de la Société tout entière pour l'intéressante communication qu'il nous a présentée ce soir et qui a provoqué une discussion également très intéressante.

Je tiens à remercier aussi M. le Dr Dominique Bertrand des observations qu'il a bien voulu nous faire et je lui adresse les remerciements de tous les membres de cette Société.

Nous sommes heureux de la promesse que nous a faite M. Valadier de nous amener des malades et de nous faire une présentation à notre séance du 22 février. Tous nous serons intéressés à le voir opérer.

Avant de quitter ce fauteuil pour vous faire ma communication, j'ai le plaisir de vous annoncer que M. Ruppe vient de me faire remettre le gnathomètre qu'il a construit lui-même et au sujet duquel il vous a fait une présentation récemment. Il veut bien faire cadeau de cet original à l'Ecole. Je suis heureux d'être à ce fauteuil pour lui adresser les remerciements les plus chaleureux de l'Ecole pour le travail qu'il a fait et pour le don qu'il peut bien faire de l'appareil construit de ses mains.

M. Godon, président honoraire, en l'absence du président, remplace M. G. Villain au fauteuil.

II. — Le mécanisme dentaire humain, par M. Georges Villain.

M. Georges Villain fait sa communication, qui est accompagnée de projections.

Etant donné l'importance du travail présenté il est décidé que la discussion en sera remise jusqu'à la publication dans *L'Odontologie* afin que les membres puissent en prendre connaissance et l'étudier avant de discuter.

M. Godon, président. — Vous avez entendu, la très intéressante et très importante communication de M. Georges Villain sur le mécanisme dentaire humain.

M. Davenport a été inscrit pour prendre la parole. Avant la discussion générale, je vais lui donner la parole.

M. Davenport. — Je voudrais bien exprimer mon appréciation sur les admirables recherches de M. Georges Villain. J'avais même noté quelques réflexions d'une façon défectueuse à cause du peu de temps qui s'est écoulé depuis que j'ai eu connaissance de ce travail. Mais il est maintenant presque minuit et j'ai peur de vous importuner. Si vous le permettez, au lieu de le lire, j'en ferai un petit résumé qui sera publié dans le journal.

M. Godon, président. — M. Roy propose de remettre la discussion au commencement de la prochaine séance. Nous ne voudrions pas être privés de l'intéressante intervention de M. Davenport sur cette question dans laquelle il est particulièrement si compétent puisqu'il a été le premier en France à publier des travaux à ce sujet. Pour ces motifs nous aurions tort de le laisser abréger sa participation à la discussion.

Nous sommes tous d'acord pour penser que le travail de M. Georges Villain mérite une discussion plus ample, plus complète que ne pourrait l'être une discussion en fin de séance. Nous serions heureux d'avoir l'opinion et l'avis de notre distingué collègue M. Davenport, de même que de nos collègues Martinier et Choquet.

En conséquence nous remettrons la discussion de cette communication après sa publication.

(La discussion de la communication de M. Villain est renvoyée à une séance ultérieure).

Dans tous les cas par les observations qui viennent d'être présentées, par la demande de remise de la discussion de cet important travail, vous avez montré que vous étiez également d'accord avec moi dans l'appréciation que j'en fais ; aussi je suis sûr d'être votre interprète à tous en félicitant vivement M. Georges Villain, au nom de la Société d'Odontologie, du travail si considérable et si utile qu'il vient de nous faire sur le mécanisme dentaire humain et en lui adressant nos plus sincères félicitations (Applaudissements).

Pour ma part, j'ajouterai que, lorsqu'on m'a prié de venir présider cette séance au dernier moment, je me préparais à quitter Paris pour quelques semaines et ne comptais pas venir ici ce soir ; mais après avoir entendu les communications de MM. Valadier et Georges Villain, je me félicite doublement d'avoir accepté.

Nous avons maintenant un petit devoir à remplir. Un de nos confrères, M. Lehmann, du Havre, nous a envoyé une pièce intéressante avec une note dont la lecture va demander quelques minutes.

Lecture est donnée de la note de M. Lehmann. Des remerciements sont adressés à M. Lehmann.

M. Godon, président. — J'ai retrouvé une lettre du Dr Kirk, doyen de la Faculté dentaire de Pensylvanie (Il en donne lecture). Les documents dont il est question dans cette lettre consistent en deux prospectus de Josiah Flagg, dentiste à Boston, et datés de 1776 et de 1800; ils sont intéressants et vous montrent dans quelles conditions se trouvait l'art dentaire à la fin du XVIIIe siècle aux Etats-Unis. Je les offre au musée de l'Ecole au nom du Dr Kirk, à qui des remerciements seront adressés en votre nom.

La séance est levée à 11 h. 50.

Le Secrétaire général,
R. LEMIÈRE.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DU HAVRE

27 juillet-2 août 1914.

Exposition de la Section d'odontologie

Monsieur,

Conformément au désir ardemment exprimé par le Conseil de l'*Association Française pour l'Avancement des Sciences*, la section d'Odontologie a décidé d'organiser au Havre pendant la durée du congrès, du 27 juillet au 3 août, une Exposition des Sciences, Arts et Industries intéressant l'art dentaire.

Cette exposition pourra donc recevoir :

Le matériel de cabinet et de laboratoire,

Les instruments inventés ou perfectionnés par l'ingéniosité de nos constructeurs et de nos confrères,

Les appareils de prothèse et tous travaux intéressants, soit par la façon de résoudre une difficulté, soit par l'application d'une méthode nouvelle, soit comme traitement d'une mutilation rare,

Les pièces anatomiques curieuses ou les moulages de cas pathologiques,

Les agents thérapeutiques et produits médicamenteux nouveaux susceptibles d'être employés en chirurgie dentaire.

Etant donnés les préparatifs faits par la ville du Havre et les comités locaux, la concordance de la session de la *British Association for the Advancement of Science* et les adhésions individuelles venant des régions les plus éloignées, reçues par les différentes sections, il n'est pas douteux que le congrès attirera au Havre un grand nombre de visiteurs.

Notre exposition aura lieu dans les salles du lycée de garçons, au centre de la ville, au voisinage d'expositions spéciales organisées par les sections d'électricité médicale, d'anthropologie, etc., et se trouvera par conséquent, particulièrement bien placée pour être visitée par un nombreux public.

Nous espérons que vous apprécierez tous les avantages que vous retirerez de votre participation à cette Exposition.

Le secrétaire du comité local de la section d'odontologie, M. Palmer, chirurgien-dentiste, 39, rue Dicquemare, Le Havre,

se tient à votre disposition pour tous les renseignements que vous pourriez désirer à ce sujet.

Veuillez agréer, Monsieur, nos sentiments distingués,

Le Président de la Section d'Odontologie,
Dr A. AUDY.

Le Président du Comité local de la Section d'Odontologie,
L. RIBARD.

Le Secrétaire,
R. PALMER.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

(Lyon 24-28 *septembre* 1914.*)*

Monsieur et très honoré confrère,

L'hygiène en général et l'hygiène dentaire en particulier prenant chaque jour un développement plus considérable, développement en rapport avec les connaissances scientifiques de cette branche de l'art de guérir, il nous a semblé qu'un Congrès d'hygiène bucco-dentaire devait avoir sa place au milieu des nombreux Congrès d'hygiène générale devant se tenir à Lyon pendant l'Exposition internationale de 1914.

La préparation de ce Congrès se fait sous des auspices extrêmement favorables. D'éminentes personnalités scientifiques lui ont accordé leur haut patronage. Il n'est pas jusqu'à la coïncidence du Congrès avec la grande Exposition urbaine organisée par la Ville de Lyon qui ne soit pour notre réunion en cette ville un gage de succès, car une *classe spéciale* y a été réservée à l'art dentaire.

Nous voulons faire appel à tous ceux qui s'occupent des maladies de la bouche et des dents et nous avons pensé que nous pourrions, sur le terrain de l'hygiène et en dehors de toute politique professionnelle, échanger des idées utiles et profitables à nos malades et à nous tous.

Le Congrès est composé de membres adhérents et de membres associés (famille des congressistes). La cotisation est fixée à 15 francs pour les membres adhérents et à 5 francs pour chaque membre associé.

De nombreux avantages seront accordés aux congressistes. Le Comité d'organisation se préoccupe des fêtes, réceptions officielles et excursions qui pourraient être organisées. Il a sollicité une réduction de 50 °/₀ sur les tarifs des chemins de fer français. Un compte rendu des communications et des discussions sera publié après le Congrès et adressé gratuitement à tous les membres.

Nous pensons qu'il est inutile de vous montrer toute l'importance de ce Congrès, tant au point de vue général de notre profession qu'au point de vue de l'intérêt de chacun de nous, et, au nom du Comité d'organisation, nous vous invitons à vouloir bien y prendre part comme membre actif.

Nous espérons que vous voudrez bien nous envoyer le plus tôt possible votre adhésion et le titre des communications que vous réservez au Congrès.

Veuillez agréer, etc.

Le Secrétaire général, Dr J. VICHOT.

Le Président, Dr A. PONT.

Les adhésions et les titres des communications ainsi que la cotisation (15 francs membres adhérents et 5 francs membres associés) devront être adressés à M. le Secrétaire général, le Dr J. Vichot, 6, rue de la Barre, Lyon.

P.-S. — Un comité de dames sera à la disposition des femmes de nos confrères pour rendre le plus agréable possible leur séjour à Lyon pendant la durée du Congrès.

COMITÉ D'ORGANISATION.

Président: A. Pont, docteur en médecine, ex-interne des Hôpitaux, directeur de l'Ecole dentaire de Lyon, président de l'Association des dentistes du Rhône et de la région.

Vice-présidents : Caillon, docteur en médecine ;

Durand, vice-président de l'Association des dentistes du Rhône de la région ;

Ravet, chirurgien-dentiste.

Secrétaire général: J. Vichot, docteur en médecine, secrétaire général de l'Ecole dentaire de Lyon.

Secrétaires adjoints: E. Chouvon, chirurgien-dentiste, D. D. S. ;

A. Gouttenoire, chirurgien-dentiste.

Trésorier: Vicat, chirurgien-dentiste.

Membres:

Audy, chirurgien-dentiste, D. D. S. ;
Coquier, chirurgien-dentiste à Vienne ;
Erny, chirurgien-dentiste ;
Grenier, chirurgien-dentiste ;
Harwood, chirurgien-dentiste, D. D. S. ;
F. Martin, docteur en médecine ;
Ollagnier, docteur en médecine chirurgien-dentiste à Saint-Etienne ;
M.-A. Raton, chirurg.-dent. ;
Rohmer, chirurgien-dentiste ;
Rouvier, chirurgien-dentiste ;
Sabatier, docteur en médecine ;
Soulard, chirurgien-dentiste ;
Therre, docteur en médecine.

6e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Londres, 3-8 *août* 1914.

1re *liste de communications.*

M. G. Villain. — 1° Principes et lois du mécanisme dentaire humain ; leurs conséquences au point de vue prothétique (5e section) ;

2° Principes et lois du mécanisme dentaire humain ; leurs conséquences au point de vue orthopédique (6e section) ;

3° Esthétique faciale (5e section) ;

4° Etude dynamique de la dent à pivot (5e section).

MM. G. et. H. Villain. — Quelques cas d'orthopédie dentaire (6e section).

M. H. Villain. — 1° Démonstration du chauffe-gutta électrique pour le scellement des bridges (6e section) ;

2° Démonstration de l'électro-aimant (5e section) ;

3° Présentation de pompe à salive stérilisée servant une seule fois (3e section).

M. Ruppe. — 1° Le gnathomètre (6e section)

2° Articulateurs intra-buccaux (5e section).

M. Franchette. — 1° Présentation d'un anesthésiographe (8e section).

2° Démonstration pratique sur l'emploi de l'élévateur (3e section).

M. H. Grasset. — Traitement des 4e degrés et de leurs complications par l'enfumage iodé et présentation de l'appareil (3e section).

M. Chameau. — Etude sur les ciments (4e section).

***

Nous complétons les renseignements donnés dans notre numéro du 30 mars par les indications ci-après qui viennent de nous être fournies sur la section X (enseignement dentaire).

Les sujets des rapports et des discussions seront les suivants :

1° Enseignement de la bactériologie pour les étudiants en dentisterie. Méthodes d'enseignement ; étendue de l'enseignement. Rapporteur : M. J. Howard Mummery ;

2° Exposé pratique de l'enseignement médical et chirurgical pour les Etudiants en dentisterie. Rapporteur : Dr Godon.

3° Principes d'enseignement pratique. Rapporteur : M. Gaddes.

4° Méthodes d'enseignement de l'Orthodontie aux étudiants en dentisterie. Rapporteurs : M. Guilford et P. Martinier.

Les matinées des 5, 6, et 7 août seront réservées aux rapports et les après-midi aux communications originales.

Le Comité de la Section prie les dentistes qui voudront bien discuter ces sujets ou faire des communications originales sur l'Enseignement dentaire d'en aviser MM. F. Bocquet Bull, Guy's Hospital, Londres, S. E ou George Sheppard, 59, Merrion Square, Dublin, secrétaires.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

ASSOCIATION DES PROFESSEURS DES ÉCOLES DENTAIRES RECONNUES D'UTILITÉ PUBLIQUE

Rapport de M. Roy, secrétaire général,

Présenté à l'Assemblée générale du 18 *janvier* 1914.

Depuis notre dernière assemblée générale, aucun événement notable intéressant notre Association n'est survenu. Signalons cependant l'amélioration qui s'est produite dans les examens de validation de stage au cours des deux dernières sessions. A Paris, en juillet, sur 108 candidats 2/3 ont été validés et 1/3 ajournés; pour la province, sur 127 candidats 4/5 ont été validés, et 1/5 ajournés.

Ces résultats sont dus aux modifications qui ont été apportées aux examens, grâce à notre action associée à celle de F. D. N. qui avait pris l'initiative du mouvement ; mais nous tenons à rappeler que le 1er rapport au sujet des examens du stage qui fut soumis aux autorités académiques émanait de notre Association.

Nous avons eu la satisfaction de voir entrer dans les jurys de stage un plus grand nombre de chirurgiens-dentistes et c'est une des raisons inportantes des changements dans le pourcentage des examens.

Par une innovation heureuse, des chirurgiens-dentistes figurent maintenant dans les trois examens de scolarité conformément au décret du 11 janvier.

Malgré ces améliorations il y a lieu de signaler à nouveau la proportion excessive de stomatologistes faisant partie des jurys, proportion qui ne répond pas à la situation numérique et professionnelle de ces confrères ; il faut également noter encore une fois l'anomalie qui permet aux professeurs de l'Ecole de stomatologie de figurer dans les examens et qui empêche les professeurs des Ecoles dentaires d'y figurer à moins de démissionner de leurs fonctions enseignantes.

Vous aurez tout à l'heure à discuter ces questions.

A Paris dans les examens de validation de stage, nous avons eu aussi à constater l'ingérence abusive d'un confrère qui, avec l'assentiment de la Faculté, s'est arrogé une sorte de direction permanente des examens qui ne se justifie ni en droit, ni en équité ; les autres examinateurs se trouvent placés dans une situa-

tion anormale qu'il serait de leur devoir de faire cesser en refusant le concours excessif de ce chef de laboratoires qui choisit les épreuves à l'avance sans consulter ses collègues et les met dans l'obligation de les accepter puisqu'il n'y a pas de réunion préalable du jury avant les épreuves. Il y a là une situation contre laquelle nous sommes en droit de protester.

Notre confrère Jenkins, de Dresde, a fait, lors d'une réunion professionnelle récente, une proposition intéressante, concernant l'échange de professeurs entre les écoles dentaires des différents pays. Il y a là une question très importante à étudier et qui donnerait certainement d'excellents résultats au point de vue de l'enseignement; nous allons la discuter tout à l'heure. Certainement la réalisation de cette proposition au point de vue mondial présente certaines difficultés qui ne seront peut-être pas faciles à trancher ; cependant, une première tentative pourrait être réalisée semble-t-il, assez aisément par un éehange entre les différentes écoles françaises et nous serions heureux de voir s'organiser cet échange de professeur qui serait des plus utiles pour les progrès de l'enseignement et l'émulation légitime entre les professeurs. Ce serait là un beau résultat obtenu par notre Association.

Vous allez avoir à procéder à l'élection de trois membres de votre Conseil d'administration ; le Conseil ayant été réélu en entier il y a deux ans, il y a lieu cette année encore de procéder au tirage au sort, pour désigner les membres sortants.



Rappelons qu'après l'adoption de ce rapport l'assemblée a procédé au renouvellement de 3 membres sortants du Conseil d'administration (1 par école) : MM. P. Martinier, Lebedinsky, Pont ont été élus pour 3 ans.

L'assemblée s'est occupée de l'examen de validation de stage et des examens de scolarité et elle a chargé une Commission de 12 membres (4 par école) d'étudier cette question et de proposer les modifications nécessaires à ces examens et aux programmes d'enseignement.

L'assemblée a émis un vœu relatif à un échange de professeurs entre les écoles dentaires françaises et étrangères.

HYGIÈNE

Au moment où les municipalités s'occupent en France de l'organisation de cliniques dentaires scolaires, nous croyons utile de reproduire l'article ci-après, relatif à la création et au fonctionnement des cliniques de ce genre à Chicago, article qui nous est communiqué par le Comité national français d'hygiène dentaire.

QUI VEUT PEUT

Par HENRY M. HYDE (de Chicago).

Il y a environ un an, quand le petit Jean mettait une main sur sa joue, levait l'autre pour appeler l'attention sur son mal évident et répondait à la question du maître qu'il avait terriblement mal aux dents, il n'y avait qu'une chose à faire, c'était de le renvoyer chez lui. S'il y avait quelque raison de douter de la réalité de la souffrance de Jean, on pouvait, bien entendu, faire une petite enquête ; mais d'ordinaire le maître était disposé à le renvoyer à la maison avec un billet pour sa mère.

Maintenant quand Jean se plaint du mal de dents, le maître l'envoie au dispensaire dentaire gratuit, qui est justement dans le bâtiment, avec un dentiste habile par-dessus le marché. Par suite de l'installation de dix dispensaires dentaires dans les écoles publiques, il y a eu une diminution très étonnante des cas d'attaques de maux de dents graves et inattendus, surtout pendant la saison du jeu de *base ball*.

Mais, plaisanterie à part, les résultats de l'inspection dentaire dans toutes les écoles publiques d'enfants, qui vient de commencer, sont déjà assez importants, pour ne pas dire stupéfiants, pour justifier l'inscription au budget de la Commission sanitaire de la modeste somme de 50.000 francs destinée aux honoraires des opérateurs dentaires pour l'an prochain.

Depuis l'ouverture du premier dispensaire dentaire dans une école publique de Chicago en 1910, les dents de 63.000 enfants — un cinquième du nombre total — ont été examinées. Dans 95 °/₀ des cas des défauts plus ou moins sérieux ont été constatés. Il n'est pas douteux que cette proportion se maintiendra lorsqu'il sera procédé à l'examen des 250.000 enfants restants.

Les mauvaises dents et autres défectuosités physiques sont la cause d'indigestion, de nervosité, de maux de tête, d'inattention à l'étude, d'échec dans les examens, de retard et de paresse, de

réprimandes et de punitions à la maison, de dépenses supplémentaires, de discipline sévère et d'injustice à l'école, d'incorrigibilité. C'est ainsi que la grande machine des écoles publiques marche, saisissant chaque enfant à cause de l'obligation de l'instruction et les renvoyant tous à l'âge de 14 ou 15 ans plus ou moins endommagés.

Le public commence à comprendre le rôle considérable que les défauts physiques curables jouent dans la préparation des jeunes paresseux et des petits criminels.

En 1900 une des Sociétés dentaires de Chicago demandait au Conseil d'enseignement la permission d'organiser un service gratuit d'inspection dentaire. Sa demande fut énergiquement repoussée. Il a fallu dix ans à la Commission des écoles publiques pour arriver à permettre à certains dentistes de dépenser leur temps et leur argent en ouvrant un dispensaire gratuit où les dents des enfants incapables de payer pourraient être examinées et traitées gratuitement.

Le premier dispensaire était situé dans la vieille maison d'école de la 93e rue. Deux salles d'opération y furent installées avec le matériel donné par divers fournisseurs et des dentistes qui se mirent à l'œuvre bénévolement. Le Conseil d'enseignement alla jusqu'à fournir l'eau, le gaz et les fils électriques nécessaires.

Le besoin de soins dentaires fut si pressant pendant les premiers mois qui suivirent l'ouverture que les Sociétés dentaires de la ville formèrent une Commission de services publics et entreprirent à leurs frais d'étendre les soins à toutes les écoles publiques et paroissiales.

Au printemps de 1911 la Commission sanitaire persuada au Conseil municipal d'ajouter un dentiste inspecteur à son corps de médecins inspecteurs; M. F. F. Molt fut donc nommé à ce poste, qu'il occupe encore. A la même époque un certain nombre d'inspecteurs volontaires furent désignés par la Commission des services dentaires publics et le résultat confirma largement celui des premières inspections faites à l'école de la 93e rue. En février 1912 deux nouveaux dispensaires gratuits furent ouverts, aménagés au moyen de fonds fournis par la Commission et le service y fut fait par des volontaires.

Pendant cette année-là M. Julien Rosenwald s'est livré à une enquête minutieuse sur les résultats obtenus et a ensuite offert d'installer 6 nouveaux dispensaires et de verser 50.000 francs par an pour les honoraires de dix praticiens jusqu'à ce que le service soit pris et assuré par le public.

Depuis le 1er janvier de la présente année dix dispensaires dentaires gratuits fonctionnent dans les écoles publiques suivantes :

Ecole de la 93e rue, Ecole Mark Sheridan, Ecole Montefiore, Ecole Khon, Ecole Humline, Ecole Jirka, Ecole Hammond, Ecole Morse, Ecole Franklin, Ecole Langland.

Dans chaque dispensaire un dentiste fonctionne comme examinateur et opérateur. Il examine le plus rapidement possible les dents de tous les élèves des écoles publiques et paroissiales. Pour chacun il établit en triple expédition une fiche, dont un exemplaire est envoyé aux parents, un second au service de santé, le troisième conservé au dispensaire. Si les parents ne peuvent payer le traitement, ils sont invités à remplir la formule qui est au dos de la fiche et à renvoyer celle-ci au dispensaire.

Depuis le début, plus de 50.000 opérations ont été faites gratuitement dans ces dispensaires, et des milliers d'autres enfants ont eu les dents traitées par des dentistes privés, aux frais de leurs parents.

Avec le concours des infirmières scolaires, les praticiens s'efforcent d'inculquer aux enfants et aux parents l'importance de soigner les dents, de les tenir propres et en bon état. Des brosses à dents et des pâtes dentifrices sont fournies à prix coûtant par les dispensaires et sont employées journellement à présent par des milliers d'enfants qui ne s'en étaient jamais servis avant que l'inspection commençât.

Il n'y a peut-être pas d'exemple qu'une dépense de 50.000 francs prélevés sur les ressources publiques ait donné des résultats si durables et si avantageux pour tant de gens. En tout cas le public devrait avoir honte de permettre qu'une part des services publics soit supportée par un philanthrope.

JURISPRUDENCE

Un journal professionnel, qui a changé de titre depuis peu, avait publié antérieurement plusieurs articles contenant des critiques à l'adresse de l'Ecole dentaire de Paris et de ses administrateurs. Des rectifications furent envoyées à ce journal, mais elles n'y furent pas insérées. L'Ecole dentaire de Paris s'adressa alors aux tribunaux, qui condamnèrent à l'insertion le dit journal. Celui-ci interjeta appel. L'affaire est venue devant la Cour, qui a rendu les deux arrêts suivants, confirmatifs des jugements prononcés en première instance.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Au nom du peuple français.

La Cour d'appel de Paris, Chambre des appels correctionnels, en l'audience publique du 28 janvier 1914, a rendu l'arrêt dont la teneur suit :

Entre le nommé Hachet Charles Alexis, né le 11 septembre 1876 à Paris, 9e arrondissement, de Charles Alix et de Théodine Baret, gérant du *Bulletin du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France*, demeurant à Paris, 10, rue Mayran,

Prévenu libre, défendeur appelant, comparant par conclusions de Me Mérandon, avoué, assisté de Me Justal, avocat,

D'une part ;

Et le sieur Bioux, chirurgien-dentiste, demeurant à Paris, 21, rue Croix-des-Petits-Champs ;

Plaignant, demandeur, partie civile, intimé comparant par conclusions de Me Villebœuf, avoué, assisté de Me Ducuing, avocat,

D'autre part ;

Et M. le Procureur de la République au tribunal correctionnel de la Seine, plaignant demandeur appelant,

De dernière part ;

En présence de M. le Procureur général,

Le nommé Hachet et le Ministère public, le 17 juillet 1913, ont relevé appel d'un jugement rendu le 9 juillet 1913 au tribunal correctionnel de la Seine, 9e Chambre, par lequel et par les motifs y exprimés le tribunal a déclaré Hachet coupable de refus d'insertion, délit commis le 19 février 1913, à Paris, prévu et puni par l'art. 13 de la loi du 29 juillet 1881 ;

Vu l'art. 64 de la loi du 29 juillet 1881 et par application des dits articles a condamné Hachet à 25 fr. d'amende et, statuant sur les réparations civiles, a dit que le jugement, lorsqu'il serait

devenu définitif, serait publié dans le premier numéro du *Bulletin du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France* et dans un autre journal au choix du demandeur sans que le coût de l'insertion puisse excéder la somme de 150 fr.

A condamné Hachet aux dépens qui comprendront le coût de la sommation du 19 février 1913, les dits dépens avancés par la partie civile et liquidés à la somme de 81 fr. 70 centimes,

A fixé au minimum la durée de la contrainte par corps.

L'affaire portée à l'audience publique de la Cour du 21 janvier 1914.

A l'appel de la cause Me Villebœuf, avoué de la partie civile, Me Mérandon, avoué du prévenu, ont déposé sur le bureau de la Cour des conclusions au nom de leurs clients respectifs.

Ouï M. le conseiller de Valles en son rapport, Me Justal, avocat de Hachet, et Me Ducuing, avocat de la partie civile, en leurs conclusions et plaidoiries respectives et M. Gail, substitut de M. le Procureur général, en ses réquisitions, l'affaire a été mise en délibéré pour l'arrêt être rendu à l'audience publique du 28 janvier 1914.

Et, à l'audience publique du 28 janvier 1914,

Vu toutes les pièces du procès et vidant son délibéré ordonné à l'audience publique du 21 janvier 1914,

La Cour :

Statuant sur les appels interjetés par Hachet et le ministère public du jugement sus-énoncé et y faisant droit, ensemble sur les conclusions déposées,

Adoptant les motifs des premiers juges en ce qu'ils n'ont rien de contraire et y ajoutant,

Considérant que c'est à tort que les premiers juges ont déclaré qu'ils n'avaient pas à ordonner l'insertion de la réponse, que les dispositions de l'article 13 sont impératives, que les tribunaux ont l'obligation d'en assurer l'exécution, qu'ils sont donc toujours tenus d'ordonner l'insertion de la réponse dès qu'il condamne le gérant pour ne l'avoir pas faite ;

Par ces motifs, confirme le jugement en ce qu'il a déclaré Hachet atteint et convaincu du délit de refus d'insertion, confirme l'amende de 25 fr., ordonne l'insertion de la réponse dans le prochain numéro du *Bulletin du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes* sous une astreinte de 25 fr. par numéro paraissant sans le contenir, dit que, Bioux recevant satisfaction de ce chef, il échet de lui allouer les dépens pour tous dommages-intérêts, dit n'y avoir lieu à l'insertion de l'arrêt.

Condamne Hachet aux dépens d'appel liquidés à 47 fr. 66 centimes, savoir : ceux avancés par le Trésor à 43 fr. 18 centimes, en ce

compris le coût de l'enregistrement du jugement en débet, soit 6 fr. 10 centimes plus 4 fr. 40 centimes pour droits de poste et ceux dus à Me Villebœuf, avoué, dont la présence dans la cause a été reconnue utile et nécessaire, taxés et liquidés à 31 fr. 20 centimes.

Fixe au minimum la durée de la contrainte par corps.

Déclare la partie civile tenue des frais envers le Trésor sauf son recours de droit.

Fait et prononcé en l'audience publique de la Cour d'appel de Paris du mercredi 28 janvier 1914, tenue au Palais de Justice à Paris, où siégeaient M. de Valles, conseiller doyen, présidant en l'absence et par empêchement de M. le Président, MM. André, Pelisse, Laffon, Puison, conseillers. En présence de M. Gail, substitut de M. le procureur général, tenant la plume, Me Fontaine, greffier.

En conséquence le Président de la République française mande et ordonne à tous huissiers sur ce requis de mettre le présent arrêt à exécution,

Aux procureurs généraux et aux procureurs de la République près les tribunaux de première instance d'y tenir la main,

A tous commandants et officiers de la force publique d'y prêter mainforte lorsqu'ils en seront légalement requis.

En foi de quoi la minute a été signée par MM. les présidents, conseillers et greffier.

En marge on lit : enregistré le 17 février 1914, débet 1 fr. 88 centimes, signé : Voiraud.

Par la Cour. Signature illisible.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Au nom du peuple français.

La Cour d'appel de Paris, Chambre des appels, en l'audience publique du 28 janvier 1914, a rendu l'arrêt dont la teneur suit :

Entre le nommé Hachet Charles Alix, né le 11 septembre 1876 à Paris (9e arrondissement) de Charles Alix et de Théodine Baret, gérant du *Bulletin du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France*, demeurant à Paris, 10, rue Mayran.

Prévenu libre, défendeur appelant, comparant par conclusions de Me Mérandon, avoué, assisté de Me Justal, avocat,

D'une part ;

Et le sieur Bioux, chirurgien-dentiste, demeurant à Paris, 21, rue Croix-des-Petits-Champs ;

Plaignant, demandeur, partie civile, intimé comparant par conclusions de Me Villebœuf, avoué, assisté de Me Ducuing, avocat,

D'autre part ;

Et M. le procureur de la République au tribunal correctionnel de la Seine, plaignant demandeur appelant.

De dernière part ;

En présence de M. le Procureur général,

Le nommé Hachet et le ministère public, le 17 juillet 1913, ont relevé appel d'un jugement rendu le 9 juillet 1913 au tribunal correctionnel de la Seine, 9e Chambre, par lequel et par les motifs y exprimés le tribunal a déclaré Hachet coupable de refus d'insertion, délit commis le 18 décembre 1912 à Paris, prévu et puni par l'art. 13 de la loi du 29 juillet 1881, et par application du dit article a condamné Hachet à 50 francs d'amende et, statuant sur les réparations civiles, a dit que le jugement, lorsqu'il serait devenu définitif, serait publié dans le premier numéro du *Bulletin des Syndicats des Chirurgiens-Dentistes de France* et dans un autre journal au choix du demandeur et aux frais de Hachet sans que le coût de l'insertion puisse excéder 150 francs.

A condamné Hachet aux dépens qui comprendront le coût des 4 sommations, les dits dépens avancés par la partie civile et liquidés à la somme de 111 fr. 05, a fixé au minimum la durée de la contrainte par corps.

L'affaire portée à l'audience publique de la Cour du 21 janvier 1914.

A l'appel de la cause Me Villebœuf, avoué de la partie civile, Me Mérandon, avoué du prévenu, ont déposé sur le bureau de la Cour des conclusions au nom de leurs clients respectifs.

Ouï M. le conseiller de Valles en son rapport, Me Justal, avocat du prévenu et Me Ducuing, avocat de la partie civile, en leurs conclusions et plaidoiries respectives et M. Gail, substitut de M. le procureur général en ses réquisitions, l'affaire a été mise en délibéré pour l'arrêt être rendu à l'audience publique du 28 janvier 1914.

Et à l'audience publique du 28 janvier 1914 ; vu toutes les pièces du procès et vidant son délibéré, ordonné à l'audience du 21 janvier 1914 ;

La Cour :

Statuant sur les appels interjetés par Hachet et le ministère public du jugement sus-énoncé, ensemble, sur les conclusions déposées et y faisant droit.

Adoptant les motifs des premiers juges en ce qu'ils n'ont rien de contraire et y ajoutant.

Considérant que c'est à tort que les premiers juges ont déclaré

qu'ils n'avaient pas à ordonner l'insertion de la réponse, que les dispositions de l'article 13 sont impératives ; que les tribunaux ont l'obligation d'en assurer l'exécution, qu'ils sont donc toujours tenus d'ordonner l'insertion de la réponse dès qu'il condamne le gérant pour ne l'avoir pas faite ;

Considérant que le délit est antérieur au 30 janvier 1913 et, partant, tombe sous l'application de la loi d'amnistie du 31 juillet 1913, mais que les droits de la partie civile sont réservés.

Par ces motifs déclare l'action publique éteinte par l'amnistie, décharge par suite le prévenu de la condamnation à l'amende prononcée contre lui et le renvoie des fins de la poursuite.

En ce qui concerne les conclusions de la partie civile, ordonne l'insertion des quatre réponses dans le *Bulletin du Syndicat des Chirurgiens-dentistes* sous une astreinte de 25 francs par numéro paraissant sans la contenir ; dit que Bioux, recevant satisfaction de ce chef, il échet de lui allouer les dépens pour tous dommages-intérêts ; dit n'y avoir lieu à l'insertion de l'arrêt. Condamne Hachet aux dépens exposés par la partie civile, ceux avancés par le trésor demeurant irrécouvrables par suite de la loi d'amnistie et ceux dus à Me Villebœuf, avoué, dont la présence dans la cause a été reconnue utile, taxés et liquidés à 31 fr. 20.

Fixe au minimum la durée de la contrainte par corps.

Fait et prononcé en l'audience publique de la Cour d'appel de Paris du mercredi 28 janvier 1914, tenue au Palais de Justice à Paris, où siégeaient M. de Valles, conseiller doyen, présidant en l'absence et par empêchement de M. le président, MM. André, Pelisse, Laffon, Puison, conseillers. En présence de M. Gail, substitut, de M. le procureur général, tenant la plume, Me Fontaine, greffier.

En conséquence le Président de la République française mande et ordonne à tous huissiers sur ce requis de mettre le présent arrêt à exécution.

Aux procureurs généraux et aux procureurs de la République près les tribunaux de première instance d'y tenir la main.

A tous commandants et officiers de la force publique d'y prêter mainforte lorsqu'ils en seront légalement requis.

En foi de quoi la minute a été signée par MM. les présidents, conseillers et greffier.

En marge est écrit : enregistré le 17 février 1914, débet un franc 88 centimes, signé : Voiraud.

Par la Cour. Signature illisible.

BIBLIOGRAPHIE

LA COURONNE A PIVOT

Par le Dr HÉMERY,

Stomatologiste.

Le Dr Hémery vient de publier, en un volume de 128 pages, sa thèse de doctorat, consacrée à la monographie de la couronne à pivot. Voilà un ouvrage qui doit occuper la place d'honneur dans la bibliothèque de tous les purs stomatologistes, auxquels l'auteur l'a prudemment destiné. Il a sagement agi en lui donnant cette destination : ainsi nous ne risquerons pas, odontologistes, mes frères, d'y perdre les bonnes méthodes que nous tenons de nos maîtres, simples dentistes, il est vrai, mais autrement bons techniciens que beaucoup de ceux auxquels s'adresse l'auteur.

Dans un court préambule, qui est plutôt une profession de foi, le Dr Hémery exerce sa verve, un peu bien vieillotte, contre les odontologistes, qui ne s'en portent pas plus mal.

On y lit, entre autres... étrangetés, que l'art dentaire jusque-là dédaigné des médecins, qui le laissaient exercer par des praticiens pour la plupart ignorants, est le résultat des efforts du Dr Magitot !...

Ce *sujet, écrit-il, nous a tenté parce qu'il est neuf !...* Certes il serait neuf, s'il fallait en croire notre érudit auteur, qui trouve qu'entre Fauchard (1728) et le Dr Ovize (1911) rien ou presque rien n'a été écrit sur cette question. Il y a pourtant bien eu quelques études, que notre docteur ès stomatologie juge ainsi : « *Il faut avouer que la presque totalité sont œuvres, non de médecins, mais de mécaniciens dont la culture générale est médiocre, la culture scientifique insuffisante, cela explique le chaos, l'imprécision et disons-le, le manque de mise au point de la question* ».

La bibliographie publiée à la fin du volume, vient renforcer cette boutade. La liste des travaux sur ce sujet se borne à une *quinzaine,* dont la moitié par les amis de l'auteur, c'est tout ce que celui-ci a trouvé à citer sur plusieurs *centaines* de communications, livres ou publications ayant trait à la dent à pivot !

Après ce préambule qui promet, vient le plan qui nous apprend que le livre a été divisé en douze chapitres et nous donne par les titres de chacun des sujets traités, le résumé de ces chapitres.

Le premier, exclusivement réservé à la définition, comporte *onze lignes* tout juste.

M. Hémery critique le terme *dent à pivot*, qu'il trouve impropre, tout au moins pour le premier mot, et propose l'expression *couronne à pivot.*

Pour une fois que je me trouve d'accord avec l'auteur, je regrette que cet accord ne soit pas parfait ; car si je souscris au remplacement du mot *dent* par le mot *couronne* qui indique mieux la partie de la dent à restaurer, je déplore qu'il continue à employer le mot *pivot*, qui, en la circonstance, est tout à fait impropre puisqu'il éveille l'idée de mouvement autour d'un axe, et qu'il ne soit pas revenu au premier terme *tenon*, donné par Fauchard et beaucoup plus rationnel !...

Couronne à tenon, voilà une excellente expression et qui aurait un peu racheté notre ingratitude envers le novateur de cet excellent mode de remplacement des couronnes : le *chirurgien-dentiste* Fauchard.

Le Dr Hémery aurait pu, à cette occasion, s'il avait été dénué de ce parti pris, par lequel les vrais savants ne se laissent pas aveugler, consulter avec fruit l'article paru en novembre 1906 dans *L'Odontologie* sous la signature du *chirurgien-dentiste* Francis Jean.

Le chapitre II est réservé à l'historique. Il contient quatre pages, dont deux sont presque entièrement de Fauchard le seul chirurgien-dentiste qui ait l'honneur de figurer dans cet historique « rudimentaire ».

Dans ce chapitre, tout comme dans la bibliographie, l'auteur cite une douzaine de docteurs, de 1728 à 1886, sur plus de cinquante auteurs qui ont étudié et modifié la couronne à tenon.

Je me contente de donner des chiffres ; il serait trop long dans un compte rendu de citer tous les noms, mais il semble que l'auteur prend de telles libertés avec la vérité historique, qu'il vaudrait mieux supprimer tout historique ainsi entendu.

Le Dr Hémery aurait pu également, pour ce chapitre, s'inspirer des livres des chirurgiens-dentistes Roussel ou Victor Dubois.

Le chapitre III traite en quatre pages, plutôt sommaires, des indications de la couronne à pivot.

Les chapitres IV et V donnent dans des pages encore plus rapides les indications et les inconvénients des couronnes à pivot. A ce propos, l'auteur croit devoir signaler que le progrès de l'art dentaire est dû à la stomatologie et à *sa* satellite[1], l'odontologie. Voilà

---

1. *Satellite*. Substantif masculin. Ex.: La lune est *le* satellite de la terre (Cf. Larousse, etc.). Passe pour les chirurgiens-dentistes, d'ignorer le genre des

qui est traiter un peu cavalièrement l'histoire de notre spécialité, et les faits acquis. Alors que la stomatologie est d'invention récente, qu'elle profite de tous les travaux de l'odontologie, qu'elle ne compte qu'un petit nombre d'adeptes, il aurait été plus exact de dire : la stomatologie, *satellite* de l'odontologie.

Qu'il me suffise de renvoyer l'auteur au magistral rapport de notre confrère Barden publié dans *L'Odontologie* de mai 1912.

Le chapitre VII est consacré au pivot.

Ici, nouveau sujet d'admiration ! Depuis deux cents ans, nous n'avons fait qu'empiriquement les couronnes à pivot ! Il faut qu'en 1911, arrive le Dr Ovize, pour qu'on étudie les raisons mécaniques capables de guider dans le choix et l'exécution du pivot !

Qu'il me soit permis de rappeler, en passant et pour mémoire, la communication du *chirurgien-dentiste* Georges Villain sur « l'*Etude dynamique des dents à pivot* » faite à Bruxelles, en 1908, à la Fédération dentaire internationale, puis à Paris à la Société d'odontologie et enfin au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences à Clermont-Ferrand. Mais les stomatologistes qui ignorent tant de choses, peuvent bien ignorer les travaux des odontologistes.

L'auteur dit un mot des pivots ronds, carrés, ovales et arrête son choix sur le pivot cylindrique en platine iridié à 10 pour 100, le plus long, et le plus gros possible.

Le chapitre VIII traite de la préparation de la racine, des considérations sur la valeur respective des différentes racines et des accidents pendant la préparation des racines.

D'après l'auteur, il faudrait faire radiographier toutes les dents avant de commencer la préparation, et pour élargir le canal, il préconise l'emploi des fraises à tête ronde !

Il ne connaît sans doute pas les Beutelroks, les forets de Peeso, etc...

Le chapitre IX est un des plus longs ; le Dr Hémery y décrit les différentes sortes de couronnes à pivot, au nombre de onze.

Pour faire une couronne ordinaire, après avoir ajusté le pivot, il conseille d'abord de prendre une empreinte, de la couler et, pour ajuster la plaquette, de faire un moulage en métal de Melotte, d'Arcet ou même en zinc. Ah ! qu'il faut donc être peu pressé pour confectionner par cette méthode une couronne à tenon

---

mots qu'ils emploient : ce sont gens « dont la culture générale est médiocre » ! Mais que M. Hémery, à qui son parchemin confère l'omniscience, soit victime d'une telle éclipse de ses connaissances grammaticales, voilà qui est inconcevable !

— à moins que ce ne soit pour suppléer à une insuffisance d'habilité manuelle.

Dans une note, il préconise bien l'emploi de l'or à 24 carats ajusté directement sur le modèle, mais il est à croire qu'il ne s'en est jamais servi, car il recommande de couler le modèle positif en *plâtre d'albâtre,* de bien le sécher et de le *stéariner.* Vous tous, « gens de culture générale médiocre » vous savez si la dureté du plâtre d'albâtre permet d'y brunir une plaquette d'or, même à 24 carats !...

Pour le contreplacage l'auteur indique deux contreplaques, sans doute pour gagner du temps !...

La description suivante porte sur la couronne à bague qu'il néglige d'appeler par son nom le plus commun, celui de l'auteur du reste, *couronne Richmond.*

Pourvu que la description du décorticage de la racine et de la confection de la bague ne tombe pas sous les yeux de notre excellent maître Peeso : il en frémirait d'horreur !... Lisez plutôt : « Employer de fines meules en corindon et surtout les fraises coniques du Dr Evans, arrondir ensuite les angles avec des limes très fines et terminer en polissant avec des disques de papier émeri ».

Cette méthode conviendrait bien mieux, je pense, pour le décorticage des grosses molaires en vue de la préparation des couronnes métalliques ; pour les dents dites de bouche et les prémolaires, les décortiqueurs de Peeso ont en peu de temps enlevé toute la couche d'émail restante, qui saute d'un bloc bien plus facilement qu'elle ne se laisse limer avec des limes très fines ! Mais ce sont là des vétilles qui ne comptent que pour les simples dentistes.

Pour la confection de la bague, elle se fait en bouche, parfait, mais voilà que pour le plancher il faut prendre à l'aide de gutta-percha ramollie l'empreinte de la racine à l'intérieur de la bague afin d'estamper une plaquette sur le modèle obtenu et la souder ensuite, tandis que pour souder le pivot, il suffit qu'il pénètre à frottement dur pour le sortir de la bouche et le souder comme cela, sans même parler de mise en plâtre-terre...

De la soudure autogène de la bague, du plancher, du pivot, il n'est pas même question ; serait-ce du trop beau travail pour les stomatologistes ? Notre auteur connaît juste la soudure, mais n'en indique même pas les titres, qui doivent cependant être différents, afin, par exemple, qu'en soudant la dent, la bague ne se dessoude pas !

Ah ! qu'il faudrait plaindre le pauvre étudiant qui suivrait à la lettre cette technique de fantaisiste amateur !

Plus loin, pour la couronne à demi-bague, l'auteur conseille l'ajustage de cette dernière sur le modèle : on pense comme elle

doit être parfaitement ajustée sous la gencive et je comprends que, dans ses conclusions sur les différents systèmes, il note pour cette couronne l'irritation de la gencive.

De l'occlusion, de l'articulation des couronnes à pivot, des mouvements de diduction dont il faut tant tenir compte en posant en bouche ces dents, il n'est nullement question.

L'empreinte double, dite « squath bite » n'est pas même mentionnée ! Mais j'arrête l'énumération des sujets qui ne sont même pas effleurés, ayant suffisamment à faire avec ceux qui sont traités.

La technique des différentes sortes de couronnes à pivot que l'on trouve dans le commerce se continue et nous arrivons enfin au *clou*, j'allais dire *commercial*, du livre.

C'est une nouvelle couronne qui porte le nom de l'auteur associé à celui du laboratoire qui la fabrique. Elle est tout à fait originale... même par son pivot !...

La première dent à tenon de Fauchard possédait un pivot taraudé que beaucoup d'autres ensuite ont imité en faisant le pivot à vis. Cependant aujourd'hui tous les praticiens au courant de cette prothèse délaissent complètement tous les pivots à rainures, à crans ou à vis pour ne plus se servir que du pivot lisse, cylindrique, estimant qu'il doit tenir par sa longueur et par son ajustage, qu'il est le plus facile à retirer en cas de besoin, puisqu'il suffit de faire de légers mouvements de rotation pour le desceller ; en dépit de ces considérations, M. Hémery et son associé créent un *nouveau pivot à vis* fabriqué dans le laboratoire de l'un d'eux !...

Le chapitre X traite du scellement à la gutta et au ciment. Naturellement aucun appareil destiné à cet usage n'est décrit : il aurait fallu citer des odontologistes...

Le chapitre XI relate les accidents consécutifs à la pose des couronnes à pivot.

Enfin le chapitre XII est réservé aux conclusions.

Puis le livre se termine par une bibliographie *d'une page* qui n'a pas dû coûter grandes recherches à l'auteur et dont il a déjà été question.

En finissant, qu'il me soit permis de conclure également et de m'étonner qu'un stomatologiste, qui pense naturellement que les études médicales sont absolument indispensables pour exercer l'art dentaire, en soit réduit, pour faire sa thèse, à prendre un sujet de pure technique dentaire.

Je me demande si, après avoir fait consciencieusement tant d'études, un médecin qui se destine à l'art dentaire ne pourrait

choisir pour sa thèse un sujet d'un autre ordre et pour lequel les professeurs de la Faculté de médecine, chargés de l'argumenter, auraient au moins une certaine compétence. Il vaudrait mieux essayer de prouver, une fois de plus, l'utilité des connaissances médicales tout entières, plutôt que de s'astreindre à un travail de technique odontologique que l'on n'a même pas eu le temps de mettre soi-même en pratique.

C'est là ce qui explique le chaos, l'imprécision et, disons-le, le manque de mise au point de la question, surtout au point de vue purement technique, défauts que l'auteur mettait, en ces propres termes, au compte des travaux des dentistes, et qu'il est impardonnable de n'avoir su éviter lui-même, puisqu'il les dépistait avec tant de complaisance chez d'autres.

Les stomatologistes ont assez de sujets, dans lesquels ils pourraient faire valoir les connaissances scientifiques dont ils se targuent, pour laisser aux chirurgiens-dentistes l'exposé technique de méthodes qu'ils pratiquent depuis longtemps et qu'eux ils connaissent bien.

Henri VILLAIN, D. D. S.
Professeur suppléant de bridges et couronnes à l'Ecole dentaire de Paris.

NOUVELLES

Société d'Odontologie de Paris.

La Société d'Odontologie de Paris a tenu sa réunion mensuelle le 7 avril 1914, à 9 heures du soir, à l'Ecole dentaire de Paris.

Il lui a été présenté un malade porteur d'un appareil pour hémirésection du maxillaire inférieur, par M. Ruppe.

Quelques faits anatomo-pathologiques touchant la pyorrhée alvéolaire, avec projections photo-micrographiques, lui ont été communiqués par M. Mendel-Joseph.

Il a été présenté par M. Paul Martinier un nez artificiel construit d'après le procédé Hemming et deux photographies d'un sujet traité par le Dr Pont, de Lyon.

Quelques nouveautés de la pratique journalière ont terminé la séance.

Le banquet de la Maison du Dentiste.

La Maison du Dentiste, œuvre sociale indépendante d'assistance confraternelle, a tenu son banquet annuel le 7 avril 1914, à 7 h. 1/2 du soir, sous la présidence de M. Léger-Dorez, président honoraire, au restaurant Soufflet, 25, boulevard Saint-Michel.

La réunion a été nombreuse et très réussie; divers toasts y ont été portés au succès de l'œuvre.

Réunion scientifique dentaire de Nice.

La réunion scientifique dentaire de Nice qui devait se tenir pendant les fêtes de Pâques et dont nous avons publié le programme dans notre numéro du 15 janvier dernier n'a pu avoir lieu. Il s'est produit dans l'Association du Sud-Est un désaccord qui a amené la démission de M. Fabret, président, et le projet n'a pas été réalisé.

Nous regrettons vivement que M. Fabret, dont on connaît l'activité, le dévouement et l'esprit de conciliation, n'ait pas réussi à faire aboutir une réunion dont le programme faisait augurer le meilleur succès.

Dentistes et mécaniciens-dentistes.

En septembre dernier, sur une plainte de la Société des dentistes neuchâtelois, le tribunal de police de la Chaux-de-Fonds a con-

damné plusieurs mécaniciens-dentistes de cette ville à 25 fr. d'amende, avec sursis, pour administration de médicaments à leurs patients, sous forme d'injections permettant de procéder à l'exctration des dents sans douleur.

Les condamnés ayant recouru, leur pourvoi a été admis, le 2 mars, par la Cour de cassation pénale.

L'arrêt rendu est basé sur le fait que les mécaniciens-dentistes ont, comme chacun, le droit d'administrer des médicaments et que les dentistes ne peuvent pas les en empêcher par des poursuites pénales, que la législation neuchâteloise n'autorise pas. En conséquence, le jugement de La Chaux-de-Fonds a été cassé, sans renvoi, puisqu'il n'y a pas délit.

(*L'Impartial*, Chaux-de-Fonds, 6 mars 1914.)

Le doctorat en médecine dentaire à l'Université de Zurich.

On mande de Zurich que l'Institut dentaire de cette ville a été incorporé à la Faculté de médecine de l'Université, ce qui donne aux étudiants en dentisterie la possibilité d'obtenir le titre de *docteur en médecine dentaire*. Les autres universités suisses conféreront de même sous peu le titre de *docteur en médecine dentaire*, à leurs étudiants.

(*Burgdorfer Tagblatt, Aargauer Volksblatt*, Baden, 12 mars 1914.)

E. D. P. et A. G. S. D. F.

Nomination du Comité de rédaction de L'Odontologie.

Les Conseils d'administration de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale syndicale des dentistes de France ont tenu une réunion commune le 21 avril, à 9 heures du soir, pour la nomination du Comité de rédaction de *L'Odontologie*. Ont été élus :

Directeur : M. Godon.

Rédacteur en chef : M. Roy.

Secrétaire de la Rédaction : M. Dreyfus.

Administrateur-gérant : M. Miégeville.

Membres : MM. Blatter, d'Argent, Frey, G. Lemerle, R. Lemière, G. Robin, Georges Villain, Henri Villain.

Il a été procédé ensuite à la nomination de la Commission exécutive du Groupement, qui est composé de MM. Godon, Blatter, Dreyfus, d'Argent, Bioux, Fouques, Cernéa, Roy, Miégeville, Audy, G. et H. Villain.

Session d'examen pour le diplôme de chirurgien-dentiste.

Université de Paris. — Faculté de Médecine.

Une session d'examen pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, le 6 juillet 1914.

I. *Pièces à produire.* — Les candidats produiront les pièces suivantes : 1° un extrait authentique de leur acte de naissance sur papier timbré, et, s'il y a lieu, une traduction également authentique de cette pièce ; 2° un extrait du casier judiciaire ; 3° un diplôme de bachelier, ou le certificat d'études prévu par le décret du 25 juillet 1893, ou le certificat d'études primaires supérieures ; 4° un certificat constatant qu'ils ont accompli, dans l'une des écoles dentaires, des études complètes et régulières. A ce certificat sera joint un extrait des registres de l'école indiquant les dates d'entrée, d'inscription, etc. ; 5° un certificat individuel, délivré par le Directeur des travaux scientifiques de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, et justifiant du travail de l'élève et de son assiduité aux travaux pratiques de dissection.

Les dames aspirantes au diplôme de chirurgien-dentiste produiront, en outre, les pièces suivantes établies sur papier timbré et signatures légalisées : si elles sont mineures, non mariées, l'autorisation de leur père ou tuteur ; si elles sont mariées ou séparées de corps, l'autorisation de leur mari et leur acte de mariage ; en cas de séparation de corps, l'extrait du jugement passé en force de chose jugée ; en cas de dissolution du mariage, l'acte de décès du mari, ou l'acte constatant le divorce.

II. *Consignations.* — Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, les 29 et 30 juin 1914.

Les candidats consigneront les droits d'examen, de certificat d'aptitude et de diplôme fixés par les décrets des 14 février 1894 et 26 février 1907 (40 francs pour le 1er examen, 30 francs pour les 2e et 3e examens, 20 francs pour chaque certificat d'aptitude et 100 francs pour le diplôme).

Il sera fait remboursement aux candidats ajournés des droits de certificat et de diplôme, selon les cas.

Les examens auront lieu à partir du 6 juillet 1914.

***

Année scolaire 1913-1914.

Session d'examen en vue du diplôme de chirurgien-dentiste.

Décret du 11 janvier 1909.

1° Validation de stage.
2° 1er et 2e examens de fin d'année.

I. — *Examen de validation de stage dentaire.*

Une session d'examen de validation de stage dentaire s'ouvrira à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris le 15 juin 1914.

Pièces à produire. — Les candidats produiront les certificats attestant qu'ils justifient de deux années régulières de stage. Ces certificats doivent être établis sur papier timbré.

Consignations. — Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté, le mardi 2 juin 1914 de midi à 3 heures.

Les candidats consigneront les droits fixés par le décret du 4 novembre 1909, soit 25 fr.

II. — 1er *et* 2e *examens de fin d'année.*

Une session pour le premier et le deuxième examen de fin d'année qui détermineront la collation du titre de chirurgien-dentiste, s'ouvrira à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris le 22 juin 1914.

Le registre des consignations sera ouvert au Secrétariat de ladite Faculté les 8 et 9 juin 1914, de midi à 3 heures, en faveur des titulaires de 4 et 8 inscriptions.

Les candidats consigneront les droits d'examen et de certificat d'aptitude fixés par le décret du 4 septembre 1909 (40 fr. pour le 1er examen, 30 fr. pour le 2e examen et 20 fr. pour chaque certificat d'aptitude).

Il sera fait remboursement, aux candidats ajournés, des droits de certificat d'aptitude.

Le doyen de la Faculté,
L. Landouzy.

Nomination.

Nous apprenons avec plaisir que M. Eudore Dubeau, doyen de l'Ecole de chirurgie dentaire de l'Université Laval (Canada), vient d'être nommé échevin (conseiller municipal) de Montréal.

Nous lui adressons nos vives félicitations.

34e ANNÉE. N° 9. 15 MAI 1914 VOL. LI

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'ÉTAT ACTUEL DU PROBLÈME DE L'ARTICULATION

Par le Professeur A. GYSI, de Zurich.

(*Communication à la Société d'Odontologie, séance du 2 décembre 1913.*)

I. — INTRODUCTION.

Avant de commencer ma communication, je veux vous faire une démonstration de mes appareils sur un patient, pour vous montrer les moyens de prendre des mensurations des mouvements du maxillaire inférieur. Lorsque vous aurez vu le fonctionnement de l'appareil, je vous donnerai les explications théoriques.

Voici d'abord comment on prend des mesures, comment on enregistre les mouvements du maxillaire inférieur, pour pouvoir les reproduire avec mon articulateur « adaptable ».

Après qu'on a pris l'empreinte, fait les cires, et pris la hauteur de l'articulation, on fixe sur la pièce du bas la pièce en fer à cheval (fig. 1) et, sur la cire du haut, on fixe, dans la ligne médiane, un petit stylet élastique (fig. 2). La partie antérieure de cette pièce en fer à cheval est recouverte d'une couche très mince de cire noire.

Sur cette couche de cire, le stylet qui est fixé à la partie supérieure viendra faire l'enregistrement des mouvements latéraux du point antérieur du triangle de Bonwill.

A la pièce en projection du fer à cheval (fig. 1, p. 386), on fixe le grand enregistreur pour les mouvements des deux condyles (fig. 3).

A la partie postérieure, il y a un porteur avec un crayon horizontal et un crayon vertical. D'abord on fait la mensuration avec le crayon vertical qu'on place à la hauteur du

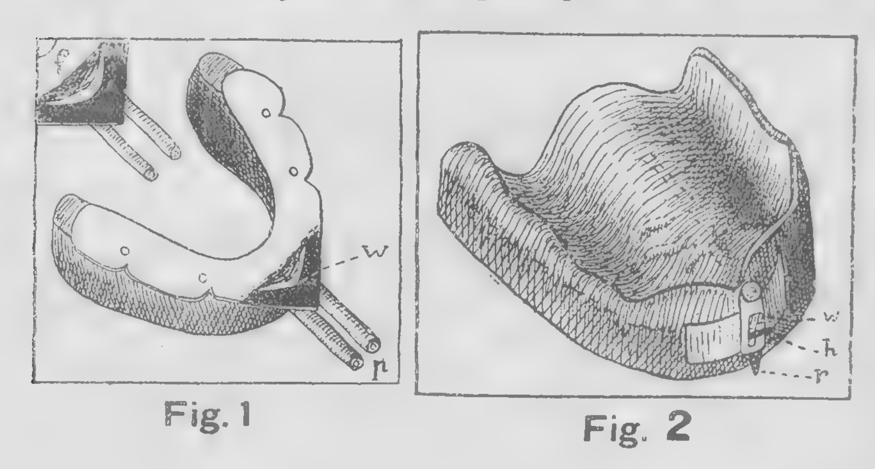


Fig. 1 Fig. 2

condyle du maxillaire inférieur qui se trouve environ à un centimètre en avant du tragus de l'oreille (fig. 4).

On tient en contact avec les deux crayons verticaux un appareil (fig. 3) qui porte deux verres dépolis. On le fixe à la tête du patient avec les deux mains. (La patiente exécute des mouvements latéraux qui se trouvent marqués sur les verres dépolis et l'auteur indique au tableau noir le tracé (fig. 5) qui a été obtenu.)

Ce tracé vous donne la preuve que le condyle dans les mouvements latéraux n'avance pas directement en avant, comme on l'a cru jusqu'à présent, mais que le condyle fait un mouvement transversal plus ou moins prononcé. Je vous parlerai de cela plus en détail tout à l'heure. Je vous expliquerai également tout à l'heure, sur l'écran, comment on mesure l'angle de ce mouvement.

Ensuite on prend l'enregistrement du mouvement condylien sur des plans verticaux. Je tourne pour ce but le porte-crayon et je fixe les crayons horizontaux sur l'endroit du condyle (c. en fig. 6).

On prend ensuite une carte et on la tient sur la région condylienne, de façon que le bord inférieur de la carte soit parallèle à la pièce P. de l'enregistreur parce que ce plan

est parallèle au plan d'occlusion qui est invisible dans la bouche, c'est en somme le plan d'occlusion projeté en dehors de la bouche. (La patiente ouvre et ferme la bouche, ce qui permet l'enregistrement du chemin condylien d'abord

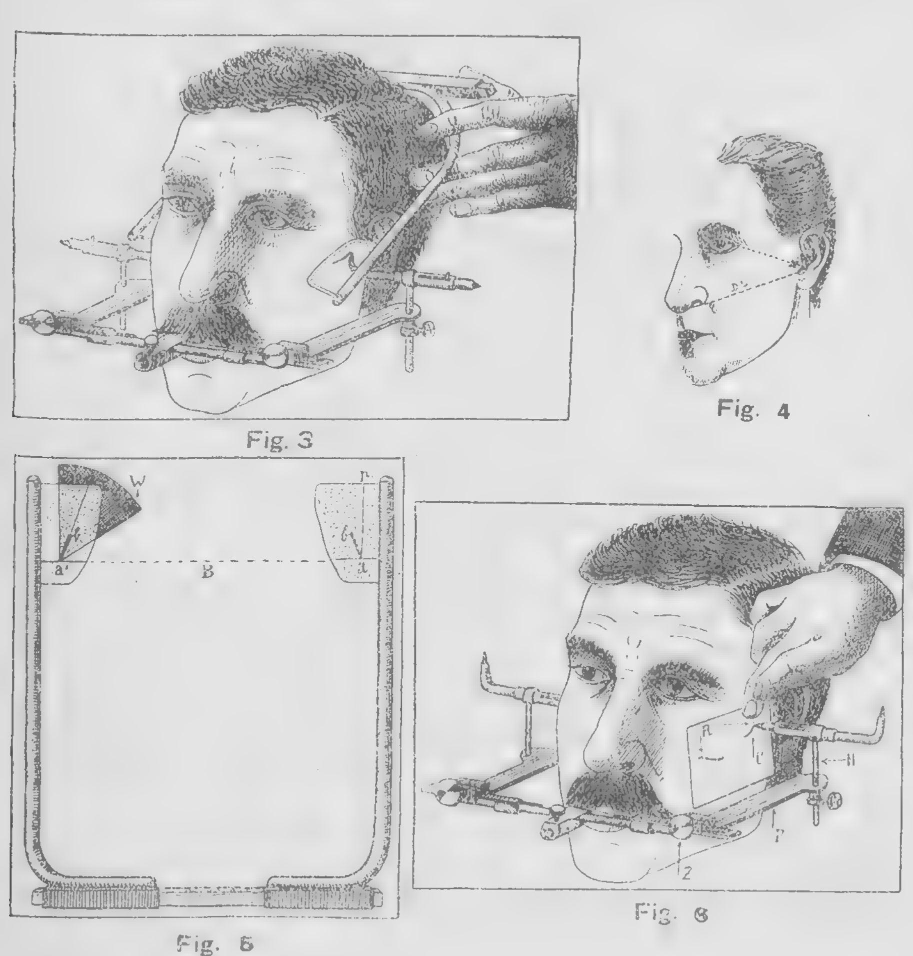


Fig. 3

Fig. 4

Fig. 5

Fig. 6

d'un côté.) Je procéderai exactement de la même façon pour l'autre côté.

Pour plus de facilité je vais reporter ces deux tracés (fig. 7) au tableau noir. De ces deux trajectoires condyliennes on prolonge la partie supérieure jusqu'à ce qu'elle touche le bord inférieur K de la carte et on mesure (fig. 8) l'angle formé de cette ligne avec ce bord qui est parallèle au plan d'occlusion. J'ai donc ici les angles des trajets des condyles

par rapport au plan d'occlusion, à droite 46°, et à gauche 13°, et je peux les fixer à l'articulateur.

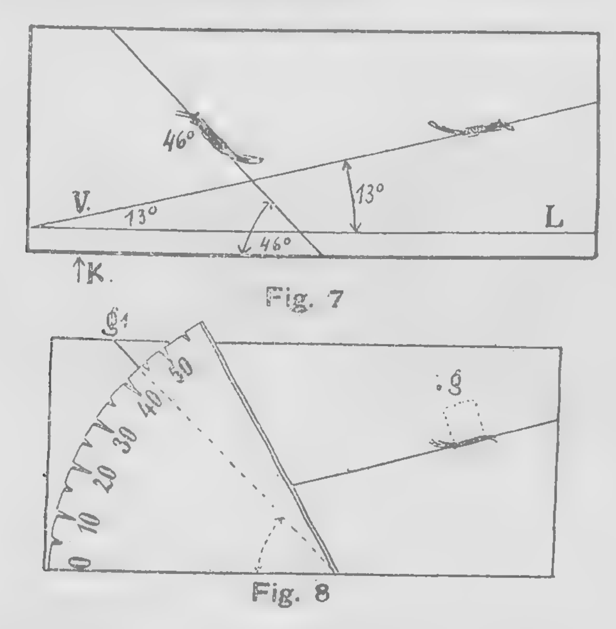


Fig. 7

Fig. 8

Maintenant je prends encore une autre mesure. Je place les crayons horizontaux, jusqu'à ce qu'ils touchent la peau dans la région des condyles pour me permettre de mesurer la distance horizontale et verticale à laquelle se trouve le bord alvéolaire de l'axe condylien. En pointant les crayons sur la peau, j'ai encore une troisième mesure, soit l'emplacement horizontal du bord alvéolaire par rapport à l'axe condylien. Puis j'enlève le grand enregistreur en prenant bien garde que les crayons ne se tournent pas, parce que c'est d'après ces mesures qu'il me faut placer les modèles dans l'articulateur. Je vous montrerai après comment on procède pour cela.

Maintenant j'ai à prendre une autre mesure encore, c'est le mouvement latéral du point incisif du triangle de Bonwill(fig. 9).

Ce mouvement, je le prends dans la cire noire, sur la pièce en fer à cheval avec le petit enregistreur qui est fixé dans la ligne médiane de la cire supérieure et quand l'enregistreur se trouve à la jonction (fig. 1 W) du mouvement à

gauche et à droite, je fais des entailles sur la cire des deux côtés (K. K. fig. 10) et j'ai ainsi trouvé la position normale du maxillaire inférieur. Il vous est difficile de voir cela de distance, je vais le dessiner au tableau noir.

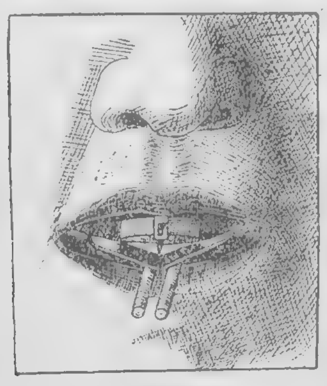


Fig. 9

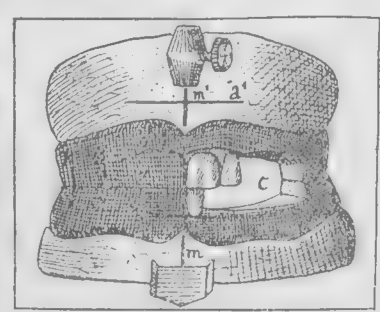


Fig. 10

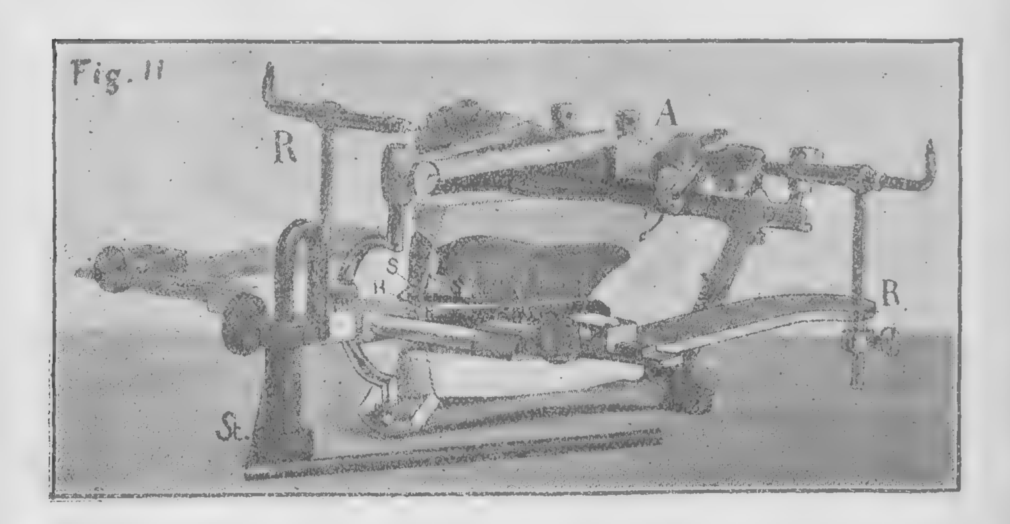
La fig. 1 fait voir la pièce en fer à cheval couverte de cire noire à sa partie antérieure. Dans la cire noire j'ai reçu un tracé de forme angulaire. D'abord le maxillaire inférieur a décrit des mouvements irréguliers et arrondis (voir f. fig. 1), puis peu à peu il a commencé à faire les mouvements angulaires distincts. Aussi longtemps que les mouvements irréguliers sont faits, c'est un signe que le maxillaire est encore projeté trop en avant. Aussitôt que le stylet suit le long du bord antérieur de ce tracé, c'est un signe que le maxillaire est dans sa position la plus postérieure c'est-à-dire dans la position normale, et quand le stylet se trouve à la jonction du mouvement à gauche et à droite, je dis au patient : halte ! et j'ai la position médiane et la plus reculée, puis je fais les entailles dans la cire.

C'est le moyen le plus sûr d'obtenir l'articulation normale juste.

La patiente a une irrégularité ; elle peut faire ces mouvements beaucoup plus aisés et plus étendus vers le côté gauche.

Cela m'indique qu'on devrait porter une attention toute spéciale à l'articulation de ce côté parce qu'elle mangera seulement de ce côté.

Je veux vous montrer maintenant comme on place les cires avec les modèles dans l'articulateur. On place les modèles dans les cires, on les fixe en rapport des entailles qu'on a faites, et on fixe le tout avec une ficelle. On place ensuite le tout dans le grand enregistreur, ainsi que cela était dans la bouche.



On met cela sur un support et on place le tout dans l'articulateur (fig. 11) de telle façon que les crayons de l'enregistreur soient dans l'axe condylien et à la hauteur des condyles de l'articulateur ; de cette façon je suis sûr que ces modèles se trouvent dans les mêmes conditions ou dans les mêmes relations dans l'espace qu'ils étaient en rapport avec l'axe condylien dans la bouche, c'est-à-dire pas trop en avant, pas trop en arrière, pas trop haut, pas trop bas, et finalement pas trop à gauche ni à droite.

Ensuite je peux fixer le modèle du bas et le modèle du haut avec du plâtre dans l'articulateur, puis on peut commencer à placer les dents (fig. 10). Je veux vous expliquer tout cela d'une manière encore plus claire sur l'écran parce que les modèles que j'ai en mains sont trop petits en rapport des grandes distances de la salle pour que chacun puisse voir très bien.

Je vous ai fait voir les mensurations parce que tout le

monde craint de les faire. Cependant une fois qu'on sait les faire, c'est une chose très simple, mais comme en tout, le commencement seulement est difficile.

En réalité ces mensurations prennent très peu de temps, elles peuvent être faites environ en cinq minutes. C'est grâce à elles qu'on sait de façon certaine comment placer les dents.

Je vais vous faire maintenant l'exposé théorique de tout cela et vous dire pourquoi on fait cela.

(Il est procédé aux projections.)

II. — Exposé.

L'articulation temporo-maxillaire de l'homme permet au maxillaire inférieur une combinaison des mouvements,

de haut en bas, comme les carnivores,

d'avant en arrière, comme les rongeurs,

d'un côté à l'autre, comme les ruminants.

(Voir pour plus de détails la fig. 3 dans *L'Odontologie*, n° 12, 1913.)

Donc le mouvement de mastication observé au menton se fait, d'après Zsigmondy, de Vienne, en forme triangulaire ou en trois phases (fig. 12) et, d'après mes observations, en quatre phases (fig. 13) : Par exemple pendant une mastication du côté gauche (fig. 13 G.)

Phase I, le maxillaire inférieur s'abaisse presque perpendiculairement (fig. 13 I).

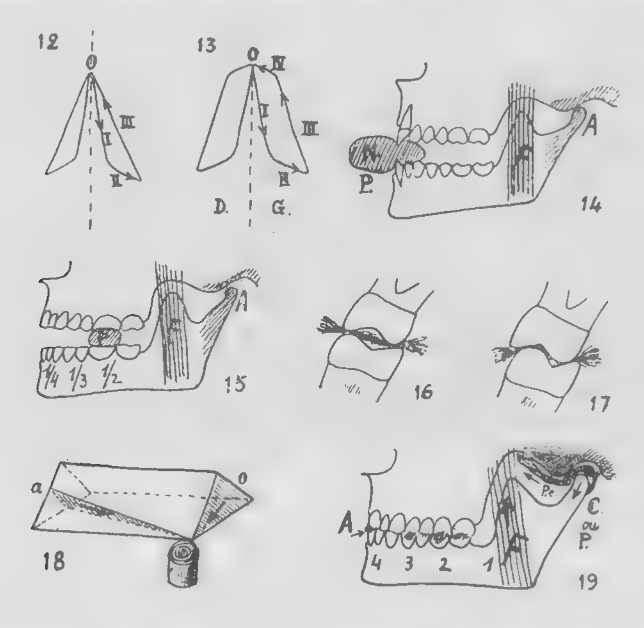
Phase II, le maxillaire inférieur fait un léger mouvement latéral (fig. 13 II).

Phase III, le maxillaire inférieur ferme les dents dans l'articulation latérale.

Phase IV, le maxillaire inférieur ramène les dents en occlusion centrale (fig. 13 IV).

1° Pendant la phase I, agissent les muscles d'ouverture insérés au menton, et aux condyles les muscles ptérygoïdiens externes avec leur portion supérieure, ce qui fait sortir les deux condyles un peu de la cavité glénoïde ;

2° Pendant la phase II, c'est surtout la partie inférieure du muscle ptérygoïdien extérieur qui tire l'un des condyles complètement en dehors de la cavité glénoïde, ce qui produit à la région mentonnière, un petit mouvement latéral distinct (fig. 13 II). Comme nous l'avons vu sur notre patiente le condyle sortant de la cavité glénoïde fait un mouvement d'arrière en avant, en bas et en dedans ;



3° Pendant la phase III, agissent les muscles de fermeture et le condyle du côté du mouvement latéral rentre dans la cavité glénoïde, moraillé par la portion supérieure du muscle ptérygoïdien externe ;

4° Pendant la phase IV aussi l'autre condyle rentre en sens inverse de la phase II dans la cavité glénoïde, moraillé par l'action de la portion supérieure du muscle ptérygoïdien externe (fig. 19).

*
* *

La mastication de la nourriture se fait donc de la manière suivante :

Les maxillaires se séparent par les phases I et II.

Une partie de la nourriture est détachée avec les incisi-

ves par le mouvement des phases III et IV (fig. 14). Alors se répètent les phases I et II, et la portion détachée (par les incisives ou par un couteau) passe directement aux molaires, et la partie liquide de la nourriture est pressurée durant le rapprochement des dents pendant la phase III.

Malgré que, dans la région des bicuspides et des premières molaires, la moitié de la force totale des muscles masticateurs agisse seule, cette force est suffisante pour exprimer les parties liquides de la nourriture (fig. 15).

Le maxillaire inférieur est dans les trois premières phases un levier de grand mouvement et à petite force, le point d'appui étant dans les condyles (comme on le sait depuis longtemps). La force est dans la région des dernières molaires (fig. 14 et 15 F.)

Le muscle ptérygoïdien externe avec sa partie supérieure agit dans ce cas pour diminuer le frottement aux condyles, parce que ce muscle (fig. 19 P. e.) presse en bas les condyles et ainsi empêche qu'ils ne soient pressés trop fortement contre les parois de la cavité glénoïde par l'action des muscles de fermeture.

Quant à la limite des phases III et IV, les dents se touchent dans l'articulation latérale (fig. 16), il ne reste entre les molaires que les parties fibreuses de la nourriture, qui, durant la phase IV, pendant laquelle les molaires glissent dans l'occlusion centrale (fig. 17), sont coupées plus courtes.

Les parties écrasées de la nourriture s'échappent pendant cette phase IV d'entre les dents par les rainures intercuspidiennes et inter-dentaires (appelées aussi espaces d'échappement ou *clearance spaces*) et permettent ainsi que les dents arrivent dans un contact parfait, nécessaire pour couper les fibres les plus denses. Pour couper les parties fibreuses il faut plus de force que l'action des muscles ne pourrait produire dans l'occlusion droite ou en charnière simple.

La force supplémentaire qui permet de couper les fibres provient de deux sources principales.

1° Par le *mouvement glissant* d'un des condyles, d'avant

en arrière. Ce mouvement unilatéral a lieu non seulement en avant mais aussi en sens transversal, (fig. 20 III a.) car la partie interne des cavités glénoïdes est oblique vers le foramen magnum, et la partie interne des condyles a la même direction, seulement les parties externes sont placées transversalement pour servir dans le mouvement d'ouverture propre quand les deux condyles sortent en même temps de la cavité glénoïde et glissent directement en avant et en bas. Par ce mouvement glissant des dents les unes contre les autres, les coins obtus (fig. 18 o.) des cuspides des molaires sont transformés en coins aigus (fig. 18 a.) ce qui double leur force coupante ;

2° Le point d'appui (fig. 19 A) du levier du maxillaire inférieur est placé pendant la phase IV entre les canines, et cela par l'action du muscle ptérygoïdien externe, portion supérieure, qui tend à presser le condyle en bas, et fait ainsi rapprocher ou serrer les canines et les incisives, qui deviennent à cause de cela le point d'appui du levier. Cette action est produite parce que ce muscle n'est pas attaché au collet antérieur du condyle (fig. 19 P. e.) comme sa partie inférieure, mais au ménisque intra-articulaire, qui lui-même est attaché par l'intermédiaire du ligament capsulaire à la partie postérieure du collet du condyle. Par cette disposition il arrive que, si ce muscle tire en haut et en dedans, le condyle est pressé en bas et dedans. Ce muscle agit donc comme contre-force (fig. 19 C.) aux muscles de fermeture, et ainsi joue le rôle du poids, et les dents entre lesquelles se trouvent les fibres forment le point d'appui du levier. Comme dans tous les leviers, sur le point d'appui agissent en même temps la force et le poids (contre-force), l'action écrasante y est la plus grande.

Pendant la phase IV le maxillaire inférieur (fig. 19) est un levier où le point d'appui est entre les dents, la force dans la région des dernières molaires et la contre-force (le poids) aux condyles. Dans ces conditions, la force des muscles de fermeture est multipliée, parce que maintenant la nourriture se trouve entre la force et le point d'appui, le maxil-

laire inférieur est alors pendant cette phase IV un levier à petit mouvement, mais à grande force.

Cette théorie nouvelle semble très étrange à première vue et il faut une étude prolongée pour se familiariser avec elle.

Ces considérations prouvent que le mouvement latéral du maxillaire inférieur est d'une importance excessive pour la mastication de la nourriture, parce que c'est ce mouvement latéral qui produit la force nécessaire pour découper la partie fibreuse de notre nourriture et de la rendre ainsi plus facile à déglutir et à digérer.

*
* *

Pour les *dents artificielles* il est donc aussi très important, qu'elles fonctionnent comme les dents naturelles. Pour permettre ces mouvements latéraux naturels, il faut que les dents aient une *forme naturelle* et une *position naturelle.*

La forme devrait être donnée par les fabricants de dents, mais la position naturelle doit être donnée par les dentistes. Les molaires les plus exactes à ce jour sont les molaires *Revelation* de la maison de Trey-Paris ; dans quatre mois environ cette maison aura des molaires taillées par moi-même. Le dentiste peut donner aux dents leur position exacte seulement quand il emploie un articulateur permettant des mouvements latéraux qui peuvent être adaptés plus ou moins exactement aux mouvements du maxillaire inférieur du patient.

Quels sont les mouvements qu'un articulateur doit avoir pour imiter les mouvements naturels du maxillaire inférieur ?

Comme nous venons de le décrire, le maxillaire inférieur peut faire des mouvements dans les trois directions principales de l'espace, c'est-à-dire *de haut en bas* (verticalement) dans le plan sagittal, *d'avant en arrière* (horizontalement) dans le plan horizontal, *d'un côté à l'autre* (transversale-

ment) dans le plan frontal, et dans une combinaison de ces trois mouvements, ou *plus ou moins circulairement.*

Pour étudier les mouvements du maxillaire inférieur, il faut examiner séparément les trois mouvements de trois directions des trois points principaux, et pour faciliter cette étude nous allons considérer, d'après Bonwill, le *maxillaire inférieur* comme *un triangle équilatéral* avec *deux points condyliens* ou postérieurs et avec un *point incisif* ou antérieur.

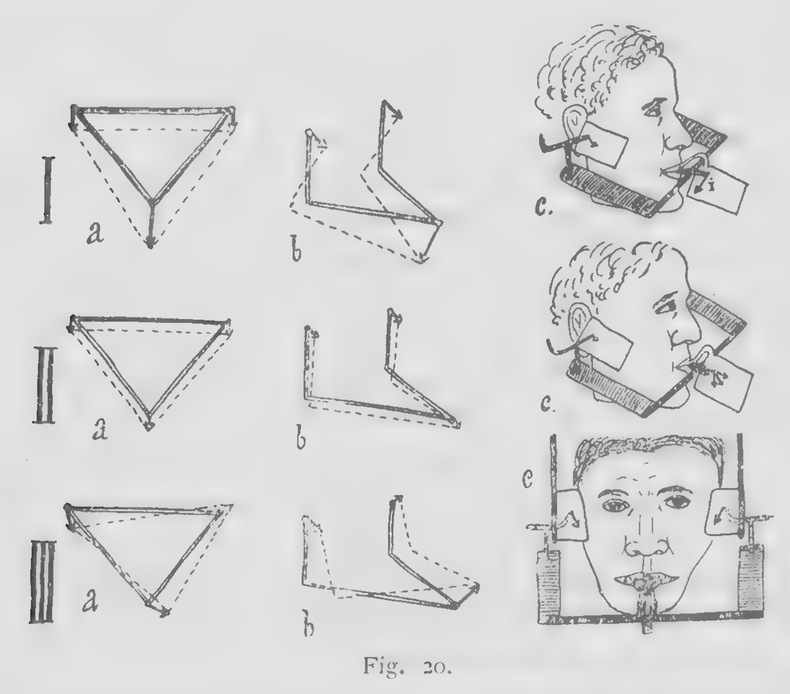


Fig. 20.

(*Fig. 20* I.) Le maxillaire inférieur peut s'ouvrir et se fermer :

a) Vu d'en haut } ses trois points principaux font les
b) Vu de côté } mouvements des figures.

Ces mouvements on peut les enregistrer sur trois plans verticaux (fig. 20 I. c.)

(*Fig.* 20 II.) Le maxillaire inférieur peut avancer et reculer :

a) Vu d'en haut } ses trois points principaux font les
b) Vu de côté } mouvements des figures.

Ces mouvements peuvent s'enregistrer sur trois plans verticaux (Fig. 20 II. c.)

Le mouvement condylien est le même que dans le 1er cas.

Chez l'homme sans incisives naturelles, ce mouvement rongeur est libre et par conséquent ne peut pas être mesuré.

(Fig. 20 III.) Le maxillaire inférieur peut aller d'un côté à l'autre :

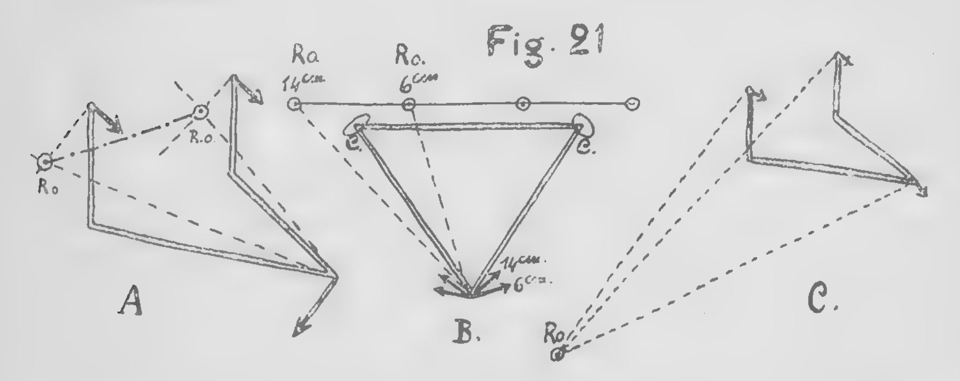
a) Vu d'en haut } ses trois points principaux font les
b) Vu de côté } mouvements des figures.

Les mouvements peuvent s'enregistrer sur trois plans horizontaux (Fig. 20 III. c.) : les mouvements condyliens sur deux verres dépolis, et le mouvement du point incisif dans la couche de cire noire sur la partie antérieure de la plaque en fer à cheval fixée sur la cire d'articulation inférieure.

Centres de rotation commun.

(Ce chapitre a été traité en détail dans *L'Odontologie* de 1913, n° 13 ; je me bornerai donc ici seulement à un court résumé).

Pour les parcours des trois points principaux du maxillaire inférieur, on peut construire les centres des rotations (Fig. 21 Ro.) pour pouvoir construire avec leur aide des articulateurs.



(Fig. 21 A.) *Pour le mouvement vertical* (d'ouverture et d'occlusion) ou mouvement carnivore, on trouve le centre commun en érigeant un plan vertical sur le parcours

des condyles et le parcours des incisives marqué par des flèches dans la Fig. 21. A l'intersection de ces deux plans se trouve l'axe de rotation. Cet axe de rotation se trouve généralement entre l'axe condylien et le plan d'occlusion et environ 10 mm. en arrière.

(*Fig. 21* B.) *Pour le mouvement d'un côté à l'autre*, ou mouvement ruminant, ce centre commun pour le chemin condylien transversal et le chemin latéral des incisives est le centre le plus important, parce que de lui dépendent les formes des molaires (comme je le montrerai dans un chapitre prochain). En construisant un plan vertical sur le parcours latéral des incisives à l'intersection de ce plan avec l'axe de rotation, on trouve la position des points de rotation (Fig. 21 Ro.) sur l'axe de rotation. En pratique, il est très simple de trouver et de fixer ces centres sur l'articulateur, comme on le verra dans un chapitre prochain.

(*Fig. 21* C.) *Pour le mouvement d'arrière en avant*, ou mouvement rongeur, on trouve ce centre commun Ro. entre le mouvement des condyles et celui des incisives, en construisant sur chacun un plan vertical et à l'intersection de ces plans se trouve alors le centre commun. Ce centre ne doit pas se construire mécaniquement sur un articulateur, parce que ce centre est formé virtuellement par le mouvement forcé des condyles dans la rainure glénoïdale et par le mouvement forcé de la tige-guide des incisives sur le plan incliné guide des incisives.

(A suivre.)

REVUE DES REVUES

INSUFFISANCE VÉLO-PALATINE

Par le professeur E. J. Moure.

Le voile du palais peut présenter deux sortes de déformation intéressantes au point de vue des troubles fonctionnels qui en résultent. La première consiste en une brièveté exagérée de l'appareil vélo-palatin. La deuxième est constituée par le raccourcissement de la voûte osseuse.

Cette malformation a été surtout étudiée par Lermoyez dans un mémoire très documenté, publié dans les *Annales des maladies de l'oreille* [1]. Cet auteur pense que le raccourcissement du voile est plus apparent que réel et que, dans ces cas, c'est surtout la voûte osseuse qui est trop courte. De ce fait l'insertion du voile se trouvant rapportée en avant, cette partie molle devient, malgré tout, insuffisante.

Les troubles fonctionnels occasionnés par cette malformation consistent surtout en un vice de prononciation ; la voix est nasillarde ; dans quelques cas même la parole est difficile à comprendre ; dans les cas plus graves, les liquides peuvent même refluer par les narines, tout comme dans les paralysies vélo-palatines.

Cette disposition anatomique, quoique connue depuis longtemps, puisque Roux (1825) et plus tard Demarque (1846) l'avaient déjà signalée, a surtout été étudiée par Passavant et par Trélat, qui avaient insisté sur les troubles vocaux consécutifs à l'uranostaphylorraphie.

En effet, malgré l'entraînement orthophonique le plus régulièrement fait, dans ces cas, la brièveté consécutive du voile et même de la voûte est la cause des troubles vocaux qui persistent souvent après l'opération la mieux exécutée et la mieux réussie.

Je n'insisterai pas sur les lésions embryologiques qui expliquent cette malformation, aussi bien que la fente de la voûte, du voile et même l'absence complète de ces organes ; je me bornerai à rappeler que des mensurations nombreuses exécutées sur le vivant, pour déterminer quelle doit être la longueur moyenne de la voûte palatine et du voile, varient bien entendu avec les différents sujets. Pour donner une idée des longueurs moyennes, je ne puis mieux faire que reproduire les mensurations rapportées

1. De l'insuffisance vélo-palatine (*Ann. des mal. de l'oreille*, mars 1892, n° 3)

par Le Dentu[1] pour les enfants, et par Lermoyez pour les adultes, dans les travaux auxquels j'ai fait allusion.

Age des sujets.	Profondeur du pharynx.	Longueur du palais.
—	—	—
Enfant de 6 ans 1/2.......	60 mil.	57 mil.
— 7 ans	60 —	45 —
— 7 ans 1/2.......	60 —	59 —
— 8 ans	70 —	82 —
— 10 ans	78 —	81 —
— 13 ans	70 —	85 —

1° *Hommes.*

	Longueur de la voûte palatine mesurée à partir du bord libre des incisives supérieures.	Longueur du voile du palais mesuré jusqu'à la racine de la luette.	Distance séparant la paroi postéro-inférieure du voile de la paroi pharyngienne postérieure.
	—	—	—
56 ans..	55 mill.	25 mill.	13 mill.
29.......	60 —	30 —	16 —
16.......	62 —	25 —	10 —
37.......	65 —	23 —	16 —
43.......	70 —	20 —	14 —
39.......	70 —	29 —	15 —
59.......	54 —	26 —	12 —
31.......	63 —	24 —	15 —
36.......	62 —	22 —	12 —
—	——	——	——
Moyenne :	62,3	23,8	13,4

2° *Femmes.*

30 ans..	57 mill.	26 mill.	11 mill.
35.......	60 —	22 —	12 —
32.......	56 —	32 —	13 —
36.......	60 —	22 —	14 —
40.......	63 —	27 —	14 —
32.......	66 —	20 —	10 —
40.......	61 —	23 —	16 —
52.......	60 —	25 —	17 —
	——	——	——
Moyenne :	60,4	24,6	13,6
	——	——	——
Moyennes totales :	61,4	24,2	13,5

Les troubles fonctionnels qui résultent de l'insuffisance vélo-palatine consistent ordinairement en une sorte de nasillement,

1. Le Dentu, *Traité de chirurgie clinique et opératoire* (fasc. XV, Paris, 1911, p. 62).

désigné par Kussmaul sous le nom de *rhinolalie ouverte*. Ce sont surtout les voyelles qui prennent un timbre nasal; l'*a* et l'*o* deviennent *an* et *on*. Ce premier caractère, ainsi que l'a fait remarquer Lermoyez, ne modifie en rien l'intelligibilité de la parole, il lui donne seulement un timbre spécial, tandis que l'altération des consonnes entraîne un trouble de l'articulation; ce sont en particulier les explosives, dont la sonorité est très modifiée.

Les malades ont même de la difficulté à siffler; et si l'insuffisance est considérable, ils ne peuvent souffler que faiblement par la bouche.

Il faut encore insister sur les troubles de la respiration phonétique. La voie pharyngo-nasale étant sans cesse béante, il se forme une fente par laquelle s'échappe l'air; de sorte que, pour parler, le malade est obligé de reprendre haleine à chaque instant. Certains patients arrivent même à faire des contractions des ailes du nez et de la lèvre supérieure pour essayer de compenser, jusqu'à un certain point, l'insuffisance de leur voile palatin.

A l'examen direct, on observe parfois une mauvaise implantation des dents supérieures et une voûte palatine plus ou moins ogivale. D'autres fois, cependant, la cavité buccale est tout à fait normale, la voûte osseuse même très large ; mais en faisant prononcer au malade la voyelle *a*, on aperçoit au niveau du point de jonction du voile et de la voûte osseuse une dépression ovalaire, d'aspect plus pâle que le reste de la muqueuse, un peu transparente même dans quelques cas: c'est une sorte de raphé médian cicatriciel comblant une échancrure triangulaire assez profonde qui occupe la voûte palatine à ce niveau. Le toucher permet de connaître l'existence de cette sorte de creux, ou plutôt de vide, existant sur le palais osseux. L'échancrure peut même dans quelques cas être considérable et occuper une grande portion de la paroi postérieure de la voûte osseuse. Cette dernière est courte. Le fait est facile à constater, soit à la vue, soit par la mensuration directe faite en s'aidant de l'anesthésie cocaïnique, qui empêchera la contraction du voile et permet de mesurer plus exactement sa surface. Le palais mou ne présente, par contre, aucune altération appréciable; mais lorsque le malade essaie de le relever, on se rend très bien compte qu'il ne peut pas toucher la paroi postérieure et qu'il laisse un vide entre lui et le pharynx.

Au point de vue diagnostique il est important de ne pas confondre la brièveté vélo-palatine avec l'existence d'un obstacle siégeant dans l'espace naso-pharyngien. Ce dernier doit être tout à fait libre, et on doit s'assurer qu'il ne contient pas de néoplasie

empêchant le relèvement du voile. Du reste, dans ces cas, ce n'est pas l'alalie ouverte dont on observe les symptômes, mais l'alalie fermée, c'est-à-dire le nasonnement spécial qui accompagne l'occlusion du naso-pharynx.

Il suffit du reste de penser à l'existence de cette brièveté du voile pour en faire le diagnostic. Cette malformation, étant congénitale, ne subit d'autres modifications que par la suppléance de la langue, des joues, en un mot, de tout l'appareil phonétique qui s'ingénie en quelque sorte à corriger les troubles de langage produits par cette malformation.

Le *traitement*, ainsi qu'on le suppose d'après la nature même de la lésion, est des plus difficiles à appliquer, car il est à peu près impossible de changer la disposition anatomique de la voûte et du voile. Une opération autoplastique n'a guère de chance de succès. Il faudrait, si la chose était possible, évidemment diminuer la largueur du naso-pharynx, ou rétrécir l'isthme naso-pharyngien. Dans ce but, Passavant a conseillé trois opérations différentes, que nous trouvons indiquées dans l'article de Lermoyez auquel j'ai fait allusion plus haut (p. 192) :

« *a*) Quand le pharynx est très étroit, on doit réunir sur la ligne médiane le pli postérieur après avivement. Cette opération, pratiquée trois fois, a amélioré la voix, mais sans cependant donner de résultats satisfaisants.

» *b*) Passavant préfère le procédé suivant, imaginé par lui et qui, dans un cas, rendit à une malade une voix presque normale. Il le nomme *staphylo-pharyngorrhaphie*.

» Incision transversale du voile du palais en son milieu ; avivement de la base postérieure du lambeau inférieur du voile ; avivement des parties correspondantes de la paroi postérieure du pharynx. Puis suture des deux surfaces avivées. La plaie transversale du voile du palais se ferme bientôt après l'opération, comme le font les incisions latérales de la staphylorraphie. Quand l'opération a été bien conduite, le malade doit cesser de nasiller tout en continuant à respirer par le nez.

» *c*) Dans un autre cas, Passavant fit une opération plus simple et facile à exécuter : renversement en arrière de la totalité du voile du palais et suture au pharynx. »

Il faut toutefois se demander si, en voulant supprimer une lésion, Passavant n'a pas eu l'inconvénient d'en créer une autre tout aussi désagréable et tout aussi disgracieuse. Il transformerait, en effet, lorsque ces opérations ont réussi, une rhinolalie ouverte en une rhinolalie fermée, ce qui ne valait guère mieux pour le malade.

Peut-être pourrait-on allonger le voile du palais et lui donner

un peu plus de poids en injectant sous sa muqueuse un peu de paraffine, ou, au contraire, ou bien injectant cette dernière sur la paroi pharyngienne, pour faciliter le rapprochement de la face postérieure du voile, et par conséquent la fermeture de l'orifice naso-pharyngien.

Ce sont des tentatives qui pourraient peut-être donner des résultats, mais il est toujours à craindre, dans ces formes de restauration plastique, de faire plus de mal qu'il n'en existe.

En effet, si l'on échoue, il est ensuite difficile de réparer son erreur. Le seul conseil utile, dans ce cas, c'est de ne pas enlever les végétations adénoïdes des enfants porteurs d'une brièveté du voile du palais. Si ces follicules hypertrophiés gênent la respiration auriculaire et entraînent des troubles de ce côté, on devra se borner à libérer les fossettes de Rosenmuller, en ayant bien soin de ne pas toucher le paquet médian, qui a l'avantage de rétrécir le cavum, et par conséquent de rendre l'éducation vocale du malade plus facile.

On a également proposé l'application d'appareils prothétiques pour allonger le voile du palais ; mais si ces derniers peuvent être mis en usage lorsqu'il existe une fente de ces organes, nous ne voyons guère les avantages qu'ils pourraient avoir dans le simple but d'allonger un voile trop court.

Il reste donc comme ultime ressource l'éducation vocale, c'est-à-dire le traitement orthophonique, qui, dans bien des cas, donnera des résultats appréciables, surtout lorsque cette rééducation phonétique sera appliquée d'une façon régulière et méthodique et que le malade porteur de l'infirmité que nous venons d'étudier voudra bien se soumettre d'une façon absolue aux règles d'articulation qui lui seront indiquées par un professeur compétent.

On pourra adjoindre à cette gymnastique vocale quelques séances de massage de la partie mobile, comme on la pratique après la staphylorraphie.

(*Journal de médecine de Bordeaux*, 12 octobre 1913.)

TRAITEMENT DE LA PYORRHÉE PAR LA VACCINATION

Par N. F. SURVEYOR, de Bombay.

La méthode suivie d'ordinaire dans le traitement de la pyorrhée par la vaccination consiste à isoler ce qu'on considère comme le microbe principal, habituellement un streptocoque ou un bacille et à faire le vaccin avec cet organisme. Cette méthode ne donne pas de résultats très satisfaisants touchant la formation du pus ;

mais elle donne une amélioration des autres symptômes physiques. Ce résultat s'explique si l'on considère que les micro-organismes sont situés dans les culs-de-sac entre les gencives et les dents, et que les anti-corps ne peuvent les atteindre en nombre suffisant pour amener leur destruction complète. Ces organismes sont comme le coli-bacille qui est dans le canal alimentaire; toute tentative pour détruire ce bacille par le traitement vaccinal demeure presque nulle; il en est de même du traitement de la pyorrhée par le vaccin. Les manifestations physiques ne peuvent être soulagées que si elles sont dues aux microbes qui ont attaqué les tissus. Le traitement vaccinal demeure sans influence sur les autres. Les culs-de-sac pyorrhéiques doivent être nettoyés par des lavages antiseptiques en même temps qu'on applique le traitement au vaccin. Dans certains cas le nombre des variétés de microbes présentés rend le problème extrêmement compliqué. En outre du streptocoque et du staphylocoque on rencontre diverses variétés de bacilles, y compris le B. fusiforme et des spirochètes divers. Comme si cela ne suffisait pas on voit souvent dans ce pus des quantités d'infusoires (le *thricomonas buccalis)* et des amœboïdes. Cependant, en essayant d'obtenir une culture, on isole généralement un streptocoque ou quelquefois un bacille, tandis que la masse des organismes, surtout les spirochètes et les infusoires, ne peuvent être cultivés sur des milieux ordinaires. Or, les symptômes toxiques, dans un cas de pyorrhée, ne doivent pas être attribués seulement à une variété d'organisme qui peut être isolé et employé pour la vaccination, les autres organismes doivent avoir quelque part dans la production des signes et symptômes physiques, qu'on observe dans ces cas. Il ne faut donc pas s'étonner du petit nombre de cas de pyorrhée qui peuvent être améliorés uniquement par le traitement vaccinal. Dans le traitement au vaccin autoxine, on aspire le pus des gencives au moyen d'une pipette stérile à double bulbe dont l'extrémité distale est fermée; le bulbe situé, près de cette extrémité ayant été rougi exerce une succion en se refroidissant, l'extrémité proximale ouverte du tube ayant été introduite dans la poche purulente. La gencive saigne abondamment, cela fait, et il entre un peu de sang dans la pipette. Quand on en a retiré une certaine quantité, on ferme l'extrémité ouverte et l'on met la pipette à l'étuve en l'y laissant pendant 24 heures. Cela assure une nouvelle prolifération des germes sur le propre sang du patient. Le lendemain on mesure le pus, le sang, etc., et on dilue le tout avec une solution saline normale stérilisée à 60° centigrades dans la proportion de 1 pour 300 à 1 pour 600. Avant la stérilisation, ajouter 1 à 5 gouttes de solution de soude caustique (15 0/0) pour désagréger les caillots de

sang et les cellules. Quand la matière est d'une consistance tenace ajouter la soude avant la dilution, afin que le caustique puisse agir sous une forme plus concentrée, et laisser le mélange ainsi obtenu dans l'incubateur 18 à 24 heures, après quoi l'on peut procéder à la dilution et à la stérilisation. On peut ajouter à cette autoxine le streptocoque isolé de la matière originale et préparer ainsi le vaccin autoxine. Cette préparation soulage les manifestations physiques beaucoup mieux que les vaccins ordinaires. C'est ainsi que dans une série antérieure d'observations sur des cas de cette maladie traités par le vaccin, 4 fois sur 21 les symptômes physiques furent soulagés ; tandis que depuis l'emploi du traitement par le vaccin autoxine sur 17 cas 2 seulement n'ont pas donné de résultat et dans ces 2 cas il y avait un diabète marqué.

(*Med. Press. and Circular* et *Brit. Dent. Journal*, 1er octobre 1913.)

RELATIONS ENTRE LES IRRÉGULARITÉS DES INCISIVES ET L'ABSENCE DE CHEVEUX ET LES FISSURES CONGÉNITALES DE LA VOUTE PALATINE ET LE BEC-DE-LIÈVRE

Par Georges Richardson, de Durham.

Dans le traitement des fissures congénitales, le chirurgien rencontre une difficulté initiale, parce qu'il se trouve en présence d'un développement anatomique défectueux où il peut seulement jeter un pont sur une ouverture sans remplacer les parties manquantes ou amener le développement des tissus défectueux. Il en résulte que, malgré la perfection fréquente de l'effet visible d'opérations sur le palais, l'effet fonctionnel, indiqué par une amélioration de la faculté d'articuler clairement, cause en général un désappointement. Pour les enfants qui n'ont pas été opérés à l'âge infantile, c'est parce que l'enfant parle mal et parce que ses parents pensent qu'on peut faire quelque chose pour corriger ce défaut qu'ils le conduisent chez le chirurgien, et je constate presque invariablement que quand ils apprennent que la parole ne sera pas très améliorée, suivant toute probabilité, quelque bon que puisse être l'effet visible d'une opération, ils renoncent à ce qu'on fasse quoi que ce soit. Avec un enseignement très soigné, il est vrai, en enseignant véritablement à parler, quelques praticiens améliorent ; mais l'expérience m'a

montré que les meilleurs résultats, en ce qui concerne la parole, ont plutôt été obtenus par l'adaptation d'un obturateur que par une opération plastique. Les résultats des opérations destinées à remédier aux fissures congénitales chez les enfants qui ont appris préalablement à parler ne peuvent pas être qualifiés de bons, sauf quand il peut y avoir un traitement post-opératoire prolongé, très minutieux et très fatigant.

Le défaut essentiel dans les cas de fissures congénitales et de bec-de-lièvre est dû à ce que le procès fronto-nasal de l'embryon, duquel se développe le prémaxillaire qui porte les incisives, ne rencontre pas le procès maxillaire. Ce manque d'union peut être total, comme dans les cas de fissures congénitales et de bec-de-lièvre combinés, ou partiel, quand il y a seulement bec-de-lièvre.

La différence consiste dans le degré et non dans l'espèce. C'est un défaut congénital fréquent et quand il se produit, il donne lieu à des recherches sérieuses pour en trouver la cause. Quelquefois on trouve que des ancêtres ou des parents ont présenté cette difformité, et sa réapparition n'étonne pas ; mais si elle ne s'est jamais présentée dans la famille de l'enfant, on peut supposer toute espèce de causes, même l'empreinte maternelle, bien douteuse cependant. Dans la fissure congénitale du palais, la difformité est toujours de même nature, quelque variété qu'il y ait dans le degré et elle est presque sûrement héréditaire quand l'histoire révèle qu'elle s'est rencontrée antérieurement chez des ancêtres ou des parents. S'il en est ainsi on peut croire qu'elle est toujours héréditaire, même si nous ne pouvons obtenir de renseignements sur une difformité antérieure semblable ; en voici les raisons.

Chez les animaux, on constate un curieux phénomène de développement : la corrélation de croissance, c'est-à-dire quand certaines parties d'un organisme varient, certaines autres varient également. Exemples :

Les chats blancs qui ont les yeux bleus sont tous sourds et tant que les yeux restent bleus, la surdité continue ; mais si les yeux changent de couleur, la surdité disparaît.

Les pigeons à long bec ont aussi de longues pattes et parmi ceux qui ont de belles plumes blanches longues aux ailes la longueur dans chaque varie simultanément.

De même les volailles avec de belles plumes au Dackle ont de longues plumes à la queue.

Les chevaux à museau blanc ont des jambes blanches et lorsqu'ils ont une étoile blanche sur le front, ils ont les pieds blancs. Si l'étoile blanche est plus marquée d'un côté que de l'autre, la

partie blanche à la jambe de derrière du même côté est plus grande que sur l'autre jambe. Les chats à pattes blanches sont plus ou moins tachetés de blanc sur le devant du cou ou de la gorge.

Au Paraguay, les chevaux de diverses couleurs naissent souvent avec des crins bouclés et crépus comme ceux d'un nègre. Les sabots de ces chevaux sont comme ceux d'un mulet; les crins de leurs crinières et de leurs queues sont plus courts que d'ordinaire.

Chez les moutons la multiplicité des cornes est d'ordinaire liée à la longueur et à la rudesse de la toison. Les moutons à longs poils droits ont des cornes comme les chèvres, et les moutons à laine très bouclée ont d'ordinaire des cornes tournées en spirale. On peut donc dire que la laine et les cornes tendent à varier en corrélation.

L'application fréquente d'eau froide stimule la peau et tout ce qui stimule la peau tend à augmenter la croissance des poils, comme on le voit dans le développement anormal des poils près des vieux ulcères, des sinus et des surfaces enflammées.

Dans les différentes races de gros bétail anglais, l'épaisseur de la peau et la longueur des poils dépendent de l'humidité du climat; on voit ainsi comment un climat humide agit d'abord directement sur la peau et les poils, puis par corrélation sur les cornes.

La même corrélation existe entre les dents et les poils.

Les chiens sans poils ont généralement des dents défectueuses, et c'est une règle générale dans le royaume animal que les animaux qui sont presque anormaux dans leur enveloppe dermique sont également presque anormaux par l'insuffisance ou l'abondance des dents.

Parmi les édentés, les fourmiliers notamment, au lieu de poils, ont des plaques osseuses et des écailles cornées; leurs dents sont dépourvues d'émail, ne sont jamais remplacées par une seconde dentition et n'ont pas de racines complètes. Aucun d'eux n'a d'incisives et les canines sont presque invariablement absentes.

Parmi les cétacés, les baleines, dauphins et marsouins, tous remarquables par leur revêtement dermique curieux, le développement des dents est encore plus curieux. Les baleines adultes n'ont pas de dents, mais le fœtus a une rangée de dents. J'ignore si ce fœtus est velu. Chez les cachalots, le maxillaire supérieur est pourvu de dents, mais elles ne sortent pas des gencives. Le narval a au maxillaire supérieur deux molaires, qui ne font pas éruption, et deux canines, dont la gauche forme une défense de 2 m. 50 à 3 m. 30 de long.

Parmi les ongulés, moutons, bœufs, porcs, etc., le rhinocéros est dépourvu de poils et de canines et n'a qu'une incisive à chaque maxillaire, souvent absente chez l'adulte.

La réduction de dimension des défenses chez le porc domestique est sans doute liée à la diminution des soies, par suite d'une certaine protection, et la réapparition des défenses chez les porcs sauvages qui sont exposés aux intempéries, dépend sans doute de la réapparition des soies.

Il est donc évident que cette loi de corrélation de développement est un facteur puissant parmi les membres du règne animal. On peut constater une relation semblable entre le développement des poils et des dents chez l'homme, et l'on signale des exemples frappants de calvitie héréditaire avec absence totale ou partielle des dents.

Le premier est celui d'une famille hindoue dans laquelle dix hommes, dans quatre générations, ne portaient aux deux maxillaires ensemble que 4 incisives petites et faibles et 8 molaires postérieures; ces individus avaient fort peu de poils sur le corps et devinrent chauves de bonne heure. Ils présentaient une grande siccité de la peau par la chaleur.

A la cour de Birmanie, un homme de 30 ans, avait tout le corps sauf les mains et les pieds, couvert de poils soyeux droits, de 75 mm. de long sur les épaules et l'épine dorsale. A sa naissance, ses oreilles seules en étaient couvertes. Il ne perdit pas ses dents de lait avant l'âge de 20 ans, et à ce moment il lui vint 5 dents au maxillaire supérieur : 4 incisives et 1 canine ; 4 incisives au maxillaire inférieur ; toutes ces dents étaient petites.

Cet homme avait une fille née avec du poil dans les oreilles et ce poil s'étendit bientôt sur tout le corps. Une fois adolescente son nez même était abondamment couvert de poils mous. Elle n'avait que 4 dents. Le roi lui trouva difficilement un mari, et un de ses deux enfants, un garçon avait, à 14 mois, du poil dans les oreilles, avec de la barbe et des moustaches.

Un Russe âgé de 55 ans et son fils avaient la figure couverte de poils [1]. Le père n'avait que 4 incisives à la mâchoire inférieure et 2 à la mâchoire supérieure. Son fils, à l'âge de 3 ans, avait en tout 4 incisives inférieures.

Une danseuse espagnole avait une forte barbe et le front velu. Aux maxillaires du haut et du bas elle avait une double série

---

1. Ces deux Russes ont été exhibés à deux reprises différentes à Paris, la première fois, il y a une trentaine d'années aux Folies-Bergère, sous le nom de *l'homme-chien* (*Wassili Fedtor*) *et son fils*.

N. D. L. R.

irrégulière de dents, une rangée étant dans l'intérieur de l'autre. A cause de ses dents, sa bouche était projetée en avant à la manière d'un gorille.

Ainsi donc quand les poils s'écartent notablement de la normale, soit par abondance, soit par insuffisance, il y a une variation corrélative des dents.

Quelque différence qu'il y ait entre les cheveux et les dents dans leur état parfait, cette différence n'est pas aussi marquée pendant le développement. Chaque poil commence sous forme de cellules épiblastiques pénétrantes qui se transforment graduellement en un poil complet avec une tige et une papille qui se projette dans la base du poil. De même une dent commence par des cellules épiblastiques pénétrantes qui se transforment en une dent complète avec pulpe, laquelle est analogue à la papille d'un poil. Il y a d'autres ressemblances entre les dents et les poils. Du petit bouton de cellules qui, dans chaque cas, devient la structure complète, il se forme un bouton secondaire qui pénètre plus profondément et éventuellement se détache. De ce bouton secondaire il se forme respectivement une dent ou un poil, et ce n'est pas une simple coïncidence s'il y a deux séries de dents et deux séries de poils. Le fœtus est couvert de fins poils soyeux, appelés lanugo. Peu après la naissance ce lanugo tombe et est remplacé par les poils permanents. De même les dents de lait tombent et sont remplacées par les dents permanentes.

Sidgwick (1863) a signalé quelques cas rares de renouvellement des poils dans la vieillesse, accompagnés de renouvellement des dents. L'éruption des dents de lait et des poils s'accomplit de la même manière, c'est-à-dire par la nouvelle dent ou le nouveau poil poussant devant lui la structure ancienne et l'absorbant partiellement dans le processus.

Le procès alvéolaire de la mâchoire se développe uniquement pour porter les dents. Si celles-ci sont petites, le procès est petit, si les dents sont grandes (par exemple les défenses d'éléphant), le procès est énorme et, par suite, le crâne. Si les dents sont absentes, le procès ne grandit pas, comme on le remarque derrière les incisives des chevaux et du gros bétail.

Dans les cas de variation corrélative que j'ai cités, on remarque la plus grande variation dans les incisives et bien davantage au maxillaire supérieur qu'au maxillaire inférieur.

Chez l'homme fissuré ou porteur d'un bec-de-lièvre, un fait digne de remarque, c'est l'irrégularité des incisives. Quelquefois, il y a 3 incisives d'un côté et quelquefois 3 des deux côtés du maxillaire supérieur; dans d'autres cas il n'y en a qu'une. L'irrégularité des incisives n'est pas limitée à la difformité, mais se

rencontre aussi chez un des parents de ces patients, quoique aucun d'eux n'ait de fissures ou de bec-de-lièvre. Il y a donc une tendance héréditaire à l'irrégularité de développement dans ces familles, au point où des défauts se produisent en cas de fissures palatines ou de becs-de-lièvre. Je pense que l'irrégularité dans le développement des dents peut être le résultat d'une irrégularité corrélative de développement des poils.

Deux cas semblent appuyer cette opinion. Le premier est celui d'un homme (dont le père était chauve) qui avait un bec-de-lièvre simple et trois incisives au maxillaire supérieur du même côté. Le second est celui d'une famille : le grand'père était chauve et portait perruque, le fils avait des cheveux clair-semés ; parmi les petits-enfants, une fille avait un bec-de-lièvre et des fissures palatines ; une autre fille n'avait qu'une incisive du côté gauche du maxillaire supérieur ; une autre fille avait des cheveux très abondants ; un fils avait perdu ses cheveux prématurément et ceux qui restaient étaient devenus tout à fait gris avant qu'il eut 40 ans.

La profession médicale et la profession dentaire pourraient collaborer pour rassembler des renseignements sur ce sujet commun ; les relations entre les irrégularités dentaires et les difformités congénitales et la science en profiteraient.

(*British Dental Journal*, 2 juin 1913.)

REVUE ANALYTIQUE

Contribution au traitement des fistules alvéolaires du sinus maxillaire.

Il y a deux principes originaux fondamentaux que l'auteur tient à mettre en relief, car ils sont les idées directrices du traitement chirurgical de ces fistules. Ils s'inspirent des principes admis en otologie pour l'évidement pétro-mastoïdien, traité à la façon de Siebenmann-Luc, c'est-à-dire d'une part la *transplantation* du pavillon en arrière de l'antre évidé, point d'appel possible et autrefois fréquent d'une fistule, et, d'autre part, la *dérivation* vers le conduit auditif des liquides sécrétés par les tissus au cours de leur cicatrisation, liquides qu'il y a intérêt à détourner de la ligne de sutures.

Pour les fistules alvéolaires du sinus maxillaire, il faudra donc, après mise à découvert, c'est-à-dire après évidement de la paroi externe de la fistule : 1° *transplanter* la muqueuse des bords de la fistule au fond de celle-ci, de façon que l'ancien trajet fistuleux devienne une annexe du sinus maxillaire ; 2° ouvrir largement le sinus dans le méat nasal inférieur, pour *dériver* les sécrétions vers le nez et les détourner de la bouche.

Les meilleures techniques à retenir sont celles de G. Laurens et celle de R. Claoué. Le premier applique sur la fistule évidée deux lambeaux taillés, l'un en avant d'elle et l'autre en arrière, glissant l'un vers l'autre comme deux battants de portes montés sur glissières. Claoué fait descendre sur la surface à recouvrir un store taillé en U dans la muqueuse gingivo-labiale, au-dessus de la fistule et mobilisé par une dissection poussée, au besoin, au delà du cul-de-sac gingival vers la joue.

Mais, quelle que soit la technique d'autoplastie adoptée, il faut (et c'est là le côté original mis en lumière par la présente communication) combiner à cette transplantation la dérivation vers le nez, en ouvrant, en rétablissant ou en élargissant la communication antro-nasale : le succès est à ce prix, surtout dans les cas difficiles.

(J. TOUBERT, *Congrès fr. d'o. rh. laryng.*, 1913, *Presse Méd.*)

Correction opératoire du prognathisme.

Dans un cas de prognathisme extrême, du type réversif, avec mâchoire asymétrique, et absence des dents de sagesse, Harsha réséqua, par voie extra-buccale, 15 et 18 millimètres d'os respectivement, à l'angle de la mâchoire. L'os fut suturé et le résultat fut bon, au point de vue esthétique, quoique le traitement post-opératoire n'ait pu être suivi aussi longtemps qu'il l'aurait fallu.

Les opérations pour prognathisme restent rares. Les premières sont celles de Hullihen en 1848, et de Blair en 1897. Babcok et Ballin ont opéré plusieurs cas.

Dans la discussion qui suivit, on fit remarquer qu'il peut y avoir des cas dont l'aspect sera amélioré par une opération, mais ils sont très rares ; car il y a toujours hypoplasie du maxillaire supérieur, aucune opération ne peut donner un ajustement satisfaisant des dents, et souvent, il y a un développement insuffisant des voies respiratoires, particulièrement des fosses nasales, toutes lésions qui sont beaucoup plus importantes à considérer et à traiter que l'apparence esthétique seule. C'est ce qui explique pourquoi l'opération souvent aggrave la déformation, au lieu de l'améliorer. La voie extrabuccale est meilleure que l'endobuccale, avec laquelle il y a toujours risque d'infection de l'os. La section du nerf dentaire inférieur n'a aucune importance ; elle n'amène pas la mort de la pulpe dentaire.

(*Gaz. des Hôp. de Paris.*)

Les accidents de désinclusion dentaire.

Les éléments du diagnostic des accidents de désinclusion se tirent avant tout de l'absence d'une dent sur l'arcade, de la constatation possible dans la majorité des cas d'une tuméfaction osseuse de forme et de situation telles qu'elle indiquera souvent à elle seule la présence d'une dent, de l'exploration du ou des trajets fistuleux, qui peuvent amener au contact de la couronne d'une dent. Aujourd'hui, au reste, ce diagnostic est devenu facile par la radiographie à laquelle on devra toujours avoir recours, soit pour confirmer le diagnostic, soit au moins pour préciser la situation, les rapports et la forme de la dent et de ses racines. Ces données seront des plus utiles pour le traitement qui dans les cas d'accidents de désinclusion sera toujours l'extraction de la dent.

(FARGIN-FAYOLLE, *Revue de Stomatol.*, oct. 1912.)

Cas de thyroïde linguale.

La tumeur présentait une forme hémisphérique et mesurait dans ses diamètres transversal et antéro-postérieur environ 6 centimètres. Elle était rouge à la surface unie, s'étendait en arrière jusqu'à l'épiglotte et se limitait en avant à peu près dans le plan des piliers. A sa surface serpentaient plusieurs veines dilatées, partant d'un arc veineux situé exactement au niveau du bord antérieur de la tumeur. La palpation donnait la sensation d'un contenu kystique épais. Comme la tumeur n'était pas particulièrement gênante et que l'état général du malade, qui était phtisique, n'était pas des meilleurs, on n'osa tenter une intervention opératoire.

(G. FETTEROLE, *The Laryngoscope*, 1912. *Répert. de Méd.*)

Restauration artificielle des tissus perdus ou manquants dans les fissures congénitales palatines.

N. Vethake Mitchell, de New-York, cite le cas suivant d'une malade de 31 ans, la seconde de 4 enfants.

Une division s'étend dans le voile et la voûte jusqu'au procès alvéo-

laire. Largeur de la fissure au bord postérieur de la voûte : 19 mm. Le vomer manque.

Il n'y a pas eu d'intervention chirurgicale. A l'âge de 19 ans il lui fut fait un obturateur qui améliora notablement la parole. Elle le porta 7 ans ; puis un deuxième lui fut confectionné sur le même modèle ; elle le porta 5 ans. C'est alors qu'elle vint trouver l'auteur pour améliorer la situation.

Une empreinte de la bouche fut prise en deux sections : la première en obturant la cavité nasale postérieure et les fissures avec du plâtre, auquel avait été ajouté un peu de fibre d'amiante, puis on avait laissé durcir. Elle fut aisément enlevée par une légère pression en arrière, en bas et en avant. La partie représentant le toit de la bouche fut préparée de façon à ne pas adhérer à la deuxième partie de l'empreinte, mais avec des guides, de façon à ce que les deux parties pussent aisément s'adapter. Elle fut remise en position dans la bouche et la deuxième partie de l'empreinte prise au plâtre. Après durcissement, toutes les parties furent enlevées, placées ensemble dans leur rapport propre et un modèle fut fait.

Une deuxième empreinte et un deuxième modèle étant nécessaires pour l'estampage de la plaque de métal, on se servit d'or, quoiqu'on eut pu employer l'argent ou le platine, ou la vulcamite ; mais ce métal est préférable pour sa résistance et sa minceur.

Les fissures dans le modèle sont obturées, les moules sont faits et la plaque est estampée pour couvrir la voûte palatine seulement. Des crochets sont fixés à la plaque de chaque côté, pour donner une attache solide à la plaque. A la surface nasale de la plaque recouvrant les fissures sont soudées 4 boucles de métal, pour attacher la vulcanite destinée à remplacer le tissu osseux perdu.

Un vomer artificiel fut formé sur le modèle avec une plaque-base de cire. Le bord supérieur fut ajusté aux restes du septum ; le bord inférieur, à la surface supérieure ou nasale de la plaque de métal ; il fut étendu et épaissi pour remplacer la perte de tissu de la voûte. Ce vomer fut essayé dans la bouche.

Après mise en cire au bord postérieur de cette portion de la charnière destinée à cette partie de l'appareil, on mit en moufle et l'on reproduisit en vulcamite.

Puis on ferma les fissures dans le voile avec une substance restant en position et maintenant les fissures fermées pendant les mouvements musculaires du tissu palatal. Un morceau de plaque-base de cire fut doublé et façonné pour s'adapter aux fissures d'un côté à l'autre. Cela forme le toit de la bouche et le plancher des conduits du nez, il s'élargit en s'étendant en arrière, en formant un rebord de chaque côté. Ce rebord déborde sur les bords supérieurs du tissu palatin.

L'autre partie de la charnière est mise dans la partie antérieure de la pièce qui doit fermer les fissures dans le voile. La pièce du voile est alors fixée à la plaque en enfonçant la cheville dans les deux parties de la charnière. L'appareil est alors placé dans la bouche. En enlevant ou en ajustant de la cire à la pièce du voile, on lui donne la forme convenable.

Il doit s'étendre assez et pouvoir, quand il est soulevé par les muscles lors de la déglutition, toucher la paroi postérieure du pharynx pour fermer le passage dans la cavité nasale. Cette partie est alors reproduite en vulcanite, recouverte de caoutchouc rose, pour ressembler davantage au tissu palatin.

Comme il est solide, il pèse assez pour rester en position quand les muscles palatins sont relâchés et cependant il n'est pas trop lourd pour se soulever quand il y a contraction. Ce mouvement est possible en raison de la jointure à charnière. L'appareil, tout en métal et vulcanite, est parfaitement hygiénique et n'irrite pas les tissus.

(*Dental Digest*, octobre 1913.)

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Aurifications dans les dents artificielles. — Pratiquer à la meule une petite dépression pour placer l'aurification ; la recouvrir avec le corps d'inlay Jenkins mêlé à consistance d'une crème épaisse. Introduire le morceau d'or cristal de la dimension de la dépression et fondre dans un four électrique. Après refroidissement on peut marteler davantage l'or dans la base d'or en soignant autant que pour une aurification. Ces obturations ne tombent pas. (*Dent. Cosmos*, juillet 1913.)

Enlèvement des fraises et tire-nerfs cassés d'un canal radiculaire. — Placer une boulette d'ouate saturée d'acide sulfurique sur l'instrument brisé, sceller soigneusement à la gutta et laisser dans la cavité plusieurs jours. Enlever la boulette, arroser la cavité avec de l'eau et essayer de passer un tire-nerf barbelé entre la paroi du canal de l'instrument et d'enlever ce dernier. Si l'on ne réussit pas, recommencer l'application d'acide sulfurique.

D'ordinaire on réussit la seconde fois. Nettoyer ensuite et blanchir le canal au pyrozone et introduire l'obturation. (*Arch. f. Zahn.*)

Coloration de la porcelaine. — On obtient les meilleurs résultats en mélangeant une faible quantité de colorants minéraux avec les émaux ordinaires de porcelaine à basse fusion. On obtient ainsi toute teinte ou couleur voulue. On peut ou bien employer une petite quantité de colorant minéral avec un émail de porcelaine qui se rapproche de la nuance désirée ou une plus grande quantité de colorant minéral et un émail de porcelaine de couleur plus claire que la teinte à obtenir. Les colorants minéraux seuls donnent d'ordinaire une couleur trop sombre ou trop marquée et ils pâlissent s'ils sont employés seuls sur une face devant supporter la chaleur de la soudure, tandis que il n'en sera pas ainsi si l'on emploie une forte proportion d'émail de porcelaine à haute fusion. (*Dent. Summary.*)

Liquide séparateur pour les moulages plastiques. — Mettre dans un flacon de 180 gr. deux cuillerées à café de vernis shellac sec, 1 cuillerée à café de borax et de l'eau jusqu'au goulot, placer le flacon dans l'eau chaude et laisser bouillir lentement, en agitant légèrement. (*Dent. Digest.*)

Enlèvement du ciment durci des spatules. — Plonger pendant 3 ou 4 heures, les spatules dans un bassin plein d'eau. Le ciment s'enlève alors aisément avec les doigts. (*Dent. Digest.*)

Réparation des défauts des bridges et des couronnes. — Allier du mercure et de l'or à obturer comme on le fait pour les amalgames. Porter l'alliage sur le trou de la couronne ou le défaut du bridge à réparer. Avec des pinces à souder on tient la couronne au-dessus de la flamme du gaz de façon à chauffer très lentement. Quand on atteint 350° C. le mercure se volatilise en laissant l'or pur couvrir le trou ou obturer le défaut. Brunir l'or pour lui donner une surface unie et l'obturation est complète. (*Dent. Summ.*)

Enlèvement des tire-nerfs cassés ayant pénétré jusqu'à l'apex. — Enrouler de la laine absorbante autour d'un tire-nerf uni et introduire de l'acide sulfurique dans le canal. On amollit ainsi le cément et l'on dégage l'instrument. Aimanter avec un petit aimant une broche unie en la polissant et en la frottant vers sa pointe avec le pôle d'un aimant. Enfoncer le tire-nerf aimanté jusqu'à l'extrémité du canal et l'on retire aisément le tire-nerf brisé. S'il y a danger de pousser l'acide sulfurique jusqu'à l'apex, se servir plutôt d'acide chlorhydrique ; on n'amollit pas ainsi la dentine ou le cément aussi rapidement, mais il n'y a pas d'action corrosive sur les tissus mous. Pour éviter d'irriter les tissus vers l'apex, après avoir manipulé l'acide quelques instants le neutraliser par l'introduction d'une solution forte de bicarbonate de soude. En remuant constamment l'acide puis la soude, on peut d'ordinaire enlever en quelques minutes le tire-nerf brisé. L'acide sulfurique n'a pas d'action sur la laine, mais dissout le coton. (*Dent. Digest.*)

Insensibilisation de la dentine. — On traite le mieux l'hyperesthésie de la dentine au bord cervical avec une solution concentrée de bicarbonate de soude dans la glycérine, ce qui évite la décoloration produite par le nitrate d'argent, par exemple. (*Œst. Zeit. f. Stomat.*)

Suppression des nausées. — Si le patient a une tendance aux nausées lors de la prise d'empreinte, lui badigeonner le voile du palais avec un peu de la solution suivante : chlorhydrate de cocaïne, 0,25 ; menthol, 0,10 ; phénol, 1,00 ; eau distillée, 50,00 ; alcool, quantité suffisante pour faire une solution à 90 o/o. (*Rev. odont. paul.*)

Vinaigre amollissant le plâtre. — Le vinaigre est un excellent agent pour enlever le plâtre de Paris durci des mains ou des moufles. Les modèles de plâtre se retirent aisément de l'articulateur en versant un peu de vinaigre sur la partie où l'arc est encastré dans le plâtre. (*Œst. Zeit. f. Stomat.*)

Séchage des canaux radiculaires. — Fixer à l'extrémité d'un chalumeau une vieille aiguille hypodermique pour sécher les canaux radiculaires pour appliquer la chaleur plus près du canal radiculaire. D'ordinaire il faut briser un morceau de la pointe avant de s'en servir. (*Dent. Digest.*)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

I. — Leucoplasie buccale.

M. Lebrun rapporte cinq cas de leucoplasie qu'il a étudié particulièrement. Il rappelle que toutes les causes d'irritation, tabac, alcool, chicots dentaires se retrouvent dans l'étiologie de la leucoplasie ; de même on a noté que cette affection se rencontre le plus souvent chez des syphilitiques. Mais, pour M. Lebrun, de toutes ces causes, la lésion dentaire est la plus importante et il prétend que dans la grande majorité des cas si l'on fait un interrogatoire serré et minutieux on rencontre toujours au début de l'affection une irritation de la muqueuse par une lésion dentaire.

II. — Consultations hospitalières.

M. Lebedinsky donne lecture de la statistique annuelle d'un service hospitalier à Paris. Il est intéressant de voir les genres d'affections que l'on rencontre sur les malades des services d'hôpitaux. Sur 1126 malades traités, 1071 extractions furent pratiquées. Au point de vue pathologique par ordre de fréquence on a pu observer 56 cas d'ostéopériostites, 25 cas d'accidents d'éruption de la dent de sagesse, 17 adénites, 11 adéno-phlegmons, 15 lymphocellulites, 6 kystes paradentaires, 5 ulcères de la langue, 5 épulis, 9 fistules externes, 3 cas de stomatites ulcéro-membraneuses, 3 cas de stomatites avec angines, une stomatite mercurielle, 15 cas de polyarthrite alvéolaire, 4 sinusites maxillaires, 4 névralgies faciales, un cancer de la langue, une perforation de la voûte, une perforation du plancher des fosses nasales, un sarcome, une hémorragie grave, 3 cas de pelade.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

I. — Accidents toxiniques buccaux d'origine hépatique.

M. de Nevrezé rapporte l'observation d'un malade qui deux jours après la pose d'un bridge, présente des troubles oculaires accentués et importants : douleur vive, gêne de l'accommodation et perte même en partie de la vision. Or le malade examine des timbres-poste toute la journée, une vue irréprochable est donc

pour lui une chose essentielle. Un oculiste consulté pense que l'appareil dentaire est la cause des troubles oculaires et insiste pour que ce dit appareil soit enlevé aussitôt. Le bridge est laissé en place cependant. Quelques jours après on peut constater une aggravation des symptômes. Un examen attentif de l'état général ayant fait constater que ce malade présente des troubles hépatiques, M. de Nevrezé applique le traitement homœopathique par lycopode et en quelques jours on put voir survenir la guérison. Il s'agissait donc d'accidents toxiniques d'origine hépatique.

II. — Angiome de la langue.

M. Rouveix présente l'observation d'une femme de 32 ans ayant une tumeur de la langue correspondant à des caries dentaires. Il s'agit en l'espèce d'un angiome à évolution lente. La bouche une fois mise en état on appliquera le traitement chirurgical, l'exerèse plutôt que le traitement par le radium.

III. — Fracture intra-alvéolaire de dent suivie de consolidation.

MM. Caillon et Jaubert de Beaujeu, de Lyon, rapportent l'observation suivante. Un enfant, âgé 12 ans, est tombé il y a 4 ans sur la face. A la suite de ce traumatisme qui s'était suivi de lésions dentaires aucun traitement ne fut appliqué. Aujourd'hui il y a abcès de l'une des incisives centrales supérieures et par radiographie on peut selon les auteurs constater que sur l'une des incisives il y aurait eu au moment de l'accident fracture qui se serait consolidée dans l'alvéole sans perte de la vitalité. La plupart des confrères présents à la séance ne sont pas tout à fait de cet avis et pour eux, la fracture serait très problématique.

P. V.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DU HAVRE 1914

Exposition de la Section d'Odontologie

Règlement

Art. 1er. — La Section d'Odontologie de l'*Association Française pour l'Avancement des Sciences* organise, au Havre, pendant la durée du Congrès, une Exposition des Sciences, Arts et Industries intéressant l'Art dentaire.

Art. 2. — Cette exposition se tiendra dans les salles du Lycée de garçons et durera du 27 juillet au 2 août inclus ; elle sera publique et l'entrée sera gratuite.

Art. 3. — Les adhésions seront reçues dès maintenant et jusqu'au 1er juin 1914 (dernier délai). Elles seront classées dans l'ordre où elles seront reçues et pourront être ou acceptées avec réduction des espaces demandés, s'il y a lieu, ou refusées purement et simplement, si avant la date limite fixée ci-dessus tous les emplacements disponibles se trouvaient distribués.

Art. 4. — L'Exposition comprendra des emplacements sur le sol, en vitrines et en surfaces murales.

Art. 5. — Il sera perçu pour ces emplacements les prix suivants :

Surface sur le sol, comprenant l'addos au mur jusqu'à 2 mètres de hauteur, le supplément de 2 mètres étant compté au tarif de la surface murale, le mètre carré brut : 20 francs.

Surface en vitrines, par unité de surface de 1 décim. carré : 2 fr.

Surface murale, le mètre carré : 5 francs.

Il sera perçu, en plus, par exposant, un droit d'inscription de 10 francs ; ce droit sera réduit à 1 franc pour les expositions en vitrine n'occupant pas plus de 1 décimètre carré.

Art. 6. — L'assurance contre tous risques reste entièrement à la charge de l'exposant ; toute responsabilité à ce sujet est déclinée de la part des organisateurs, qui pourront exiger la justification des précautions prises à ce sujet par les exposants.

Les pièces de prothèse devront être fixées au modèle par une chaînette solide ; les petites pièces anatomiques ou en métaux précieux sans modèle seront fixées directement ou attachées de la même façon à un socle d'au moins 0,04 × 0,04 × 0,02 d'épaisseur.

Art. 7. — Les exposants pourront utiliser pour le fonctionnement de leurs appareils l'eau, le gaz et l'électricité, à condition de supporter toutes les dépenses occasionnées par l'installation des canalisa-

tions d'arrivée et d'évacuation et de payer les quantités consommées suivant les tarifs locaux.

Art. 8. — Le transport, la manutention et l'installation des objets destinés à l'exposition seront, tant à l'aller qu'au retour, à la charge de l'exposant (ou de son représentant) ; les organisateurs déclinant toute responsabilité à ce sujet.

Il sera fait exception à cette règle exclusivement en faveur des objets destinés à être exposés en vitrines, pouvant circuler par la poste et qui pourront être adressés *recommandés* à M. Ribard, président du comité local de la Section d'Odontologie, qui les retournera de même à leurs propriétaires après le 2 août.

Art. 9. — Les demandes d'adhésion devront être adressées avant le 1er juin 1914, à M. Ribard, 31, rue Thiers, Le Havre, accompagnées du montant des droits d'inscription et d'emplacement.

Les objets à exposer seront reçus au lycée de garçons au Havre, à partir du 20 juillet et jusqu'au 25 juillet à midi. Ils devront être enlevés à l'issue de l'exposition, à partir du 3 août.

Les objets qui n'auraient pas été enlevés le 8 août avant midi seront enlevés et emmagasinés d'office aux frais, risques et périls des exposants.

Art. 10. — Les étiquettes apposées sur les objets, les catalogues et les prospectus qui pourraient être distribués, devront être approuvés par le comité d'organisation.

Le Président de la Section d'Odontologie : Dr A. AUDY.

Le Président du Comité local de la Section d'Odontologie : L. RIBARD.

Le Secrétaire : R. PALMER.

Fédération dentaire nationale (F. D. N.)

Le Bureau et le Comité exécutif de la F. D. N. se sont réunis le 5 de ce mois, à 6 heures du soir.

La réunion s'est occupée des Congrès de Lyon et de Londres et de la session de la F. D. I. de 1914.

Elle s'est occupée également des examens de validation de stage.

Elle a approuvé l'ordre du jour de l'assemblée générale extraordinaire qui se tiendra le 16 mai, à 8 h. 1/2 du soir, à la mairie du 8e arrondissement.

Elle a chargé M. Blatter, président, de représenter la Fédération à la fête du Syndicat des chirurgiens-dentistes du Nord de la France, dont nous parlons d'autre part.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE SUISSE

XXIXme Assemblée générale

Les 22, 23 et 24 mai 1914, à Interlaken

Vendredi 22 mai. — 4 h. 1/2 de l'après-midi, dans la salle du théâtre Kursaal, séance administrative réservée aux membres et aux candidats.

ORDRE DU JOUR :

1. Rapport présidentiel.
2. Rapports financiers (du trésorier, de l'administrateur et des vérificateurs des comptes).
3. Vote sur les candidatures.
4. Election du Comité et nomination des vérificateurs des comptes.
5. Propositions et communications concernant la Société.
6. Objets divers.

8 h. 1/2 du soir, Réunion amicale à l'Hôtel Kreuz.

Samedi 23 mai. — 9 h. du matin, Conférences et démonstrations.

Après-midi, Excursion en train au Harder.

7 heures du soir, Banquet à l'Hôtel National.

8 h. 1/2 du soir, Réunion au Kursaal.

Dimanche 24 mai. — 9 h. du matin, au Kursaal, Conférences et démonstrations.

Midi 1/2, Banquet d'adieux au Schweizerhof.

Prix de la carte de congressiste, 20 fr.

N. B. — Pendant les jours qui précéderont et suivront le congrès (le 21, jour de l'Ascension, les 25 et 26 mai), les congressistes pourront, sur la présentation de leur carte au guichet du chemin de fer de la Jungfrau, bénéficier pour l'excursion au Jungfraujoch d'une réduction de 40 o/o, soit 19 fr. 20 au lieu de 32 fr. Les participants qui voudraient profiter de cet avantage le 21 mai pourront se procurer leur carte à l'avance en s'adressant à M. E. Bollmann, à Interlaken.

CINQUANTENAIRE DE LA SOCIÉTÉ DENTAIRE DE L'ILLINOIS

Le cinquantenaire de la Société dentaire de l'Illinois a été célébré à Chicago du 23 au 26 mars à l'Hôtel La Salle où les 18e et 19e étages ont été réservés à la Société pendant ces 4 jours. Plus de 5.200 dentistes s'y étaient fait inscrire.

Le 1er jour il a été fait 200 démonstrations pratiques. J'en ai fait une sur les dents de porcelaine et la fixation du bridge amovible en employant la dent Goslee.

Le 2e jour, démonstrations par MM. Johnson, Brophy, Roach, Goslee, Harper, Dittmar, etc., sur les nouveautés en dentisterie.

Le 3e jour, tous les cabinets dentaires de Chicago étaient ouverts aux visiteurs.

Le soir banquet, auquel assistait M. G. V. Black, présidé par M. Logan (gendre de Brophy), président de la Société.

En somme, réunion très intéressante et très profitable pour l'instruction professionnelle générale, puisque chacun y a montré ce qu'il fait, bon ou mauvais.

ALBERT HEIDÉ.

SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DU NORD DE LA FRANCE

Programme de la fête annuelle d'été, qui aura lieu à Amiens le 17 mai 1914.

9 h. 1/2. — Réception des confrères, café de Belfort, hôtel, rue de Noyon (en face la gare du Nord). Visite de la ville.

11 heures. — Hôtel du Périgord, place Gambetta, conférence par M. Delair : « L'évaluation des honoraires des chirurgiens-dentistes pour l'application d'appareils de prothèse restauratrice ».

12 h. 1/2. — Hôtel du Périgord, place Gambetta, banquet confraternel sous la présidence de M. Delair.

2 h. 1/2. — Départ des invités pour la visite des monuments. — Cathédrale. — Musée de Picardie, etc.

3 heures. — Assemblée générale pour les membres du Syndicat.

Ordre du jour :

1° Correspondance. — Procès-verbal de la séance du 29 mars.
2° Modification aux statuts.
3° Elections s'il y a lieu.
4° Tarif syndical : MM. Marsat.
5° Projet de création d'une association de prévoyance.
6° Rapport de la commission de contre-réclame.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA QUESTION DES HONORAIRES

Par John Kirby, de Holton (Kansas).

Que compter à mes patients pour mes soins ? Qui tranchera la question ? Comment obtenir des honoraires raisonnables pour eux et pour moi ?

Je réponds de la façon suivante à ces divers points ; trouver le prix de la commodité qu'on procure et des honoraires satisfaisants pour le patient et le praticien.

Dans le prix d'une opération dentaire interviennent les éléments suivants : le temps, les matières, l'habileté et la responsabilité.

Si je connais le temps passé à exécuter une opération ou à confectionner une pièce, j'ai un moyen de déterminer la dépense supplémentaire de cette opération ou de cette pièce. Une habileté extraordinaire ou une grande responsabilité augmentent, bien entendu, les honoraires de l'opérateur, mais la grande majorité des services rendus seront marqués par le temps seulement.

Chaque opération faite dans mon cabinet doit avoir sa part juste et légitime et seulement sa part de la dépense supplémentaire ; elle doit comporter une rémunération pour l'opérateur et pour les matières dont elle nécessite l'emploi.

Chacune des parties du total doit être respectée et l'une ne doit pas être forcée pour combler l'insuffisance d'une autre.

Je divise le temps passé dans mon cabinet en heures productives et heures improductives ; les heures passées au service des patients qui payent ce service sont productives : toutes les autres sont improductives. Les premières rapportent le gain et doivent tenir compte des dépenses et du prix.

Pour appliquer la dépense supplémentaire à l'opération individuelle, la connaissance du temps employé à chaque opération et le temps total productif de l'année sont absolument nécessaires. Ma rémunération individuelle, c'est-à-dire ce qui me revient, en outre des matières et des frais, est plus aisée à calculer pour chaque opération en connaissant le temps passé à celle-ci. J'ai donc cherché le système permettant le mieux de tenir compte du temps passé dans le cabinet.

Je me sers maintenant d'un agenda sur lequel j'inscris les noms de tous mes patients, qu'ils aient pris ou non rendez-vous, et à la suite de chaque nom j'indique le temps passé. Sur mes fiches je note aussi le temps employé à chaque opération, ce qui me permet de dresser par la suite une statistique pour chaque caté-

gorie d'opérations. Cela permet, quand besoin est, d'indiquer à l'avance le montant des honoraires.

Quand un patient veut régler son compte j'additionne le temps consacré à ce patient et j'établis ma note *en conséquence*. Je m'explique. L'an dernier la dépense supplémentaire du cabinet a été de 4000 francs ; le nombre d'heures productives de l'année 1200. Chaque heure devait donc compter 3 fr. 33 pour couvrir la dépense supplémentaire. Si un patient prend 2 heures, j'ai à lui demander 6 fr. 66 pour couvrir sa part de dépenses supplémentaires.

En outre chaque heure productive doit comporter une rémunération pour l'opérateur, indépendamment des matières et des frais généraux. Je demande pour cela 10 fr. par heure. Une habileté spéciale ou une grande responsabilité augmentent cette rémunération.

Je calcule autrement le prix des matières. Une couronne d'or demandant 3 heures de travail se calculerait ainsi : rémunération de l'opérateur, 30 francs ; frais généraux, 11 fr. 25 ; matières, 15 francs ; total, 56 fr. 25. Je peux compter plus, mais cela répond d'une façon satisfaisante à la question : « Quel prix compter ? »

Les heures productives dans un cabinet ne sont pas aussi productives qu'on peut croire. J'en ai tenu compte exactement pendant 6 mois. J'ai passé dans mon cabinet 140 jours sur 181, dimanche compris, et j'avais en moyenne.

Sur 1	mois	de 26	jours	ouvrables,	2 h. 40	par	jour
—	—	24	—	—	5 h. 4	—	—
—	—	26	—	—	2 h. 52	—	—
—	—	20	—	—	2 h. 12	—	—
—	—	19	—	—	3 h.	—	—
—	—	25	—	—	7 h. 25	—	—

Total 544 heures 25 sur 1120 passées dans mon cabinet avec une moyenne de 3 h. 35 par jour, pendant lesquelles j'étais fort occupé.

Le calcul du temps m'a fait éviter la perte de tout ce qui est précieux pour mon gain ; il m'a appris à rendre chaque opération profitable. Il m'a permis de demander un prix plus élevé avec plus d'assurance parce que je connaissais la valeur du service et personne n'entend vendre au-dessous du prix ou sans une rémunération convenable. Il m'a enseigné à faire supporter à chaque patient une part légitime de mes frais généraux qui est souvent plus élevée que la note de mes fournitures. Il m'a appris enfin à indiquer une rémunération pour moi même dans chaque opération et à ne rien perdre de celle-ci pour payer les matières ou frais généraux. (*Dental Digest*, octobre 1913.)

HYGIÈNE

LIGUE GÉNÉRALE RUSSE D'HYGIÈNE BUCCALE PUBLIQUE

Le Prof. Jessen, président de la Commission d'hygiène de la Fédération dentaire internationale, nous adresse la communication suivante:

Le 28 mars dernier a commencé à fonctionner à Moscou la *Ligue générale russe d'hygiène buccale publique*, dont les statuts avaient été approuvés le 20 février.

Le 6 avril ont eu lieu les élections du Bureau.

Ont été élus:

Président: MM. le Dr H. Wilga, chargé de cours à l'Université de Moscou.

Vice-président: P. Dauge, chirurgien-dentiste, Moscou.

Trésorier: Dr J. Kowarsky, Moscou.

1er *Secrétaire*: K. Günsburg, chirurgien-dentiste, Moscou.

2e *Secrétaire:* Dr S. Lazarer, Moscou.

Membres: Dr P. Kolsky, président de l'administration médicale de Moscou, Conseiller d'Etat; Dr N. Essaouloff, médecin inspecteur, Conseiller d'Etat; Dr W. Dubrowin; J. Okountschikoff; P. Taubkin; Mme H. Nikita, chirurgiens-dentistes.

A la séance d'ouverture le Président a exposé le but de l'hygiène buccale publique. M. P. Dauge a fait une communication sur l'idée fondamentale de cette hygiène et M. K. Gunsburg sur les services dentaires publics à l'étranger et en Russie.

Le cinématographe professeur d'hygiène.

Quelle que soit la source d'où proviennent les bons exemples, il est sage d'en profiter. Les Allemands, dit le Dr F. Kemsies dans la revue *Umschau*, se servent depuis quelque temps des films cinématographiques pour enseigner l'hygiène au public. On montre des personnes malades, qui se guérissent en suivant un traitement hygiénique; on fait voir la marche de la maladie, ses causes, les moyens de l'éviter; on fait connaître les meilleurs systèmes à suivre pour la nourriture, le vêtement, les soins à donner à la bouche et aux dents, le sommeil, le repos, la gymnastique, les jeux sportifs.

Les films de ce genre destinés à la propagande de l'hygiène,

présentés au Congrès cinématographique allemand de 1912, et qui ont été utilisés dans les cinémas populaires de Berlin, ont généralement reçu du public un très bon accueil. Une pellicule due au Dr Rientopf, directeur d'une clinique dentaire à Berlin, représente vivantes des bactéries des cavités buccales. Afin de montrer comment on doit se nettoyer la bouche, la pellicule met en scène un médecin qui brosse les dents d'un enfant dans tous les sens. Cette propagande est d'autant plus utile en Allemagne que de 78 à 99 pour 100 des enfants des écoles, et 72 pour 100 des soldats y souffrent de maux de dents.

Les leçons données par le cinéma ne sont pas moins utiles contre la propagation de la tuberculose, le typhus, etc.

Le cinéma professeur d'hygiène physique et morale, qui parle aux yeux un langage si éloquent, s'emploierait beaucoup mieux ainsi qu'à représenter des aventures absurdes ou immorales. Le cinéma est un mode d'enseignement dont on ne tire pas tout le parti désirable et possible.

(*Le Cosmos*, 12 mars 1914.)

VARIA

LES DENTS ARTIFICIELLES MINÉRALES

Il n'est certainement pas de partie de notre corps dont nous ayons plus à nous plaindre que de nos dents. Il faut souffrir pour les avoir, souffrir pour les perdre, et bien souvent, hélas ! elles nous quittent trop tôt, nous laissant la bouche vide, laide, impropre à la mastication. Aussi, de tout temps, s'est-on ingénié à réparer les outrages de dame Nature et à remplacer les dents disparues par d'autres artificielles. Les Phéniciens connaissaient délà les dents d'or, les Hébreux, celles d'or et d'argent et Horace se moquait des Romaines qui ôtaient chaque soir leurs dents comme leur robe. Chez les Arabes, au moyen âge, on posait souvent à la place des dents absentes des morceaux d'os ou d'ivoire taillés. Jusqu'au XVIIIe siècle, on n'employa pour faire les dents artificielles que des dents humaines, des dents d'hippopotame, des dents et des os de bœuf, l'ivoire du veau marin. Enfin, en 1774, un Français, Duchateau, imagina de fabriquer des dents minérales, en porcelaine ; après diverses tentatives pour remédier au retrait dû à la cuisson et pour obtenir une couleur se rapprochant de celle des dents naturelles, il réussit à obtenir des dents satisfaisantes ; son invention fut perfectionnée par divers dentistes de la fin du XVIIIe siècle, et aujourd'hui les dents artificielles minérales sont couramment employées.

Comme beaucoup d'autres, l'invention française des dents artificielles ne fut pas exploitée en France. Ce fut surtout en Angleterre et en Amérique qu'elle se développa, suivant deux méthodes différentes : en Angleterre, on coule dans les moules une pâte liquide ; en Amérique, ou moule une pâte solide.

Enfin, depuis deux ans, la France a regagné le temps perdu et nous avons aujourd'hui une usine pour la fabrication industrielle des dents artificielles minérales ; elle produit actuellement 225.000 dents par mois. Son mode de fabrication vient d'être décrit dans le *Bulletin de la Société d'encouragement pour l'industrie nationale*, d'où nous extrayons les renseignements suivants :

Les dents artificielles sont faites en moulant une pâte solide composée essentiellement de feldspath et de silice. Le feldspath, libre de tous oxydes, quartz, mica, etc., est reçu en gros blocs des pays d'origine ; il est d'abord concassé à la main en petits fragments, puis broyé, mélangé avec de l'eau et enfin écrasé à la meule. La poudre très fine ainsi obtenue est décantée et séchée. On la fait

alors passer à travers un tamis hexagonal tendu de soie très fine qui ne laisse sortir qu'une poudre impalpable.

La silice, sous forme de quartz, est traitée de même : broyée, séchée, tamisée. Les poudres obtenues sont séparées du fer qu'elles peuvent contenir au moyen d'une petite machine à désaimanter.

Les poudres, ainsi débarrassées de leurs impuretés, sont portées au laboratoire où se font les mélanges qui sont tenus secrets. Selon leur composition, la dent sera plus ou moins résistante, à grain plus ou moins fin et l'émail plus ou moins translucide.

En général, la dent est formée de deux parties, le corps et l'émail. Le corps, destiné à recevoir les crampons de platine ou d'alliage servant à fixer la dent au dentier, est d'un jaune plus ou moins foncé. L'émail est la partie visible ; on lui donne une teinte assortie à celle des dents près desquelles elle sera posée. Le corps est formé d'un mélange de feldspath, de silice, de kaolin et d'oxyde de titane; l'émail, des mêmes produits en proportions différentes auxquels on ajoute un fondant et un colorant : sel de cobalt, d'urane ou de manganèse, etc. La gamme des teintes de l'émail va du blanc pur au chocolat en passant par les jaunes ; elle forme une série de 30 nuances différentes, appropriées aux bouches des enfants, des adultes, des vieillards, des fumeurs, etc.

Les mélanges faits, il s'agit de les mouler, et c'est là une opération délicate. Les dents modèles qui servent à la fabrication des moules sont sculptées par de véritables artistes, très au courant de l'anatomie dentaire. Le moule est d'abord fait en plâtre, puis envoyé à la fonderie, où l'on coule deux ou trois modèles en bronze. Le moule en bronze est formé de deux parties, le dos et la face, s'ajustant exactement et prenant la dent par son milieu. Chaque moule est retouché, ajusté, ses bavures enlevées, puis on perce, dans la partie correspondant au dos de la dent, deux trous destinés à recevoir les crampons de fixation au dentier. Les crampons sont faits d'autre part par une machine automatique qui en livre 10.000 à l'heure.

Le moule étant définitivement prêt, il est porté à l'atelier de moulage où l'on prépare journellement 9.000 dents de toutes formes. Le moule nettoyé, essuyé, est huilé sur toutes ses faces, puis garni de crampons qu'on place dans les trous déjà perforés, il est alors rempli de pâte. L'ouvrière met dans le moule une certaine quantité d'émail qu'elle façonne avec une spatule, puis elle remplit le reste du moule avec l'autre pâte destinée à former le corps de la dent. Les deux parties du moule étant remplies, on les referme l'une sur l'autre et on les serre au moyen d'une presse à balancier. De là, les moules sont portés au four à biscuiter ; ils y subissent une température de 300 à 400° qui durcit les dents et permet les

manipulations ultérieures. Après refroidissement, les dents sont sorties du four et ébarbées au moyen de limes fines. On les place alors sur des plateaux de terre réfractaire saupoudrés de poudre de silex et on les porte dans la salle des fours. Les fours à deux entrées sont chauffés au pétrole pour éviter les fumées qui coloreraient les dents. Les plateaux sont d'abord mis à la partie supérieure du four où la température n'est que de 700 à 800°, puis descendus sur la sole inférieure où la température atteint près de 1500°. On les y laisse 6 à 12 minutes, puis on les retire et on les fait refroidir lentement. Les dents sont ensuite vérifiées, car elles pourraient s'être fendues ou avoir noirci, on les assortit par teinte et par forme et on les range par groupes de 6 pour les incisives et canines, de 8 pour les molaires, de 14 pour un demi-dentier ou de 28 pour un dentier complet des deux mâchoires. Les dents sont alors prêtes à être livrées aux dentistes.

Telles sont les manipulations qui s'opèrent dans l'usine en question et fournissent — enfin — à nos besoins des dents artificielles de fabrication française.

André Breton.

(*La Nature.*)

NOUVELLES

Mariages.

Nous apprenons le mariage de notre confrère M. Georges Bouvry, chirurgien-dentiste au Mans, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mlle Marguerite Cohin, célébré le 15 avril dernier au Mans.

Nous apprenons également le mariage de notre confrère Mlle Hennecart, de Paris, membre de l'A. G. S. D. F., avec M. Fernand Salas; chirurgien-dentiste, célébré le 23 avril dans la plus stricte intimité, à Paris.

Nous adressons nos félicitations et nos vœux de bonheur aux jeunes époux.

Cercle odontologique de France.

La réunion mensuelle du *Cercle odontologique de France* a eu lieu le 30 avril 1914 à 8 h. 3/4 du soir, à l'Hôtel des Sociétés Savantes, avec l'ordre du jour suivant:

Un cas de résorption de la 2e molaire par la dent de sagesse (M. Housset).

Quelques mots sur le formol et présentation d'une nouvelle combinaison (M. Jolivet).

Exposé sur la combinaison de l'or et de l'étain comme obturation (M. Geo. Roussel).

Quelques considérations sur la membrane alvéolo-dentaire (Dr Siffre).

Conférence sur différents procédés de la prothèse immédiate du maxillaire inférieur (M. Delair).

De l'amputation radiculaire des racines pour cas de bridges (M. Paul Jean).

Commission syndicale.

M. Fouques, président, fait connaître à ses confrères, membres de l'Association générale syndicale des dentistes de France, qu'il se tient à leur disposition, le mercredi matin de chaque semaine, de 10 heures à 11 heures, à l'Ecole dentaire de Paris, pour tous renseignements professionnels et judiciaires concernant la Commission.

Extrait du règlement.

Art. 2. — La Commission syndicale a pour but :

1° De préparer la défense des intérêts professionnels des membres de l'Association devant les tribunaux ;

2° De servir d'arbitre volontaire entre les diplômés, les patentés et leurs employés, entre les dentistes et leurs clients ;

3° De faciliter la recherche des emplois et des employés.

Art. 5. — Le bureau de la Commission syndicale se met à la disposition des tribunaux de commerce et des juges de paix pour servir d'expert dans les différends professionnels.

Art. 4. — L'arbitrage est gratuit pour les membres de l'Association.

Nomination.

Nous apprenons avec plaisir que notre confrère M. B. Rozenberg vient d'être nommé dentiste de la poudrière nationale de Sevran-Livry pour 3 ans.

Nous lui adressons nos félicitations.

Cercle odontologique de Catalogne.

Le cercle odontologique de Catalogne a tenu le 15 mars la séance inaugurale du cours académique actuel, sous la présidence de M. Plet. La séance a été terminée par un banquet.

Hommage à un confrère.

Un banquet a été organisé en l'honneur de M. Louis Subirana, professeur d'odontologie à l'Université de Madrid. Au cours de ce banquet M. Subirana a reçu de ses élèves la médaille que lui a décernée la Société odontologique de Catalogue.

Autour des élections législatives.

On annonce quelques candidats humoristes. M. A. Daigre, *dentiste*, qui se présente à Angoulême, veut « réduire le nombre des députés à 450, dont 50 députés de la nation et 400 ordinaires ».

Ces parlementaires « ordinaires » ne seraient plus rééligibles, tandis que les cinquante représentants « nationaux » seraient nommés par la France entière pour « constituer l'élite de la nouvelle Chambre ».

M. Daigre ne dit pas malheureusement où il recrutera cinquante députés d'élite.

(*L'Opinion*, 7 mars 1914.)

Docteurs dentistes.

Pour mettre fin à la querelle qui a éclaté autour du titre de docteur que réclament les chirurgiens-dentistes ayant fréquenté l'Université, le gouvernement prussien est entré en pourparlers avec les autres Etats confédérés, car, avant tout, il faut que l'unité soit établie entre les administrations de l'enseignement public dans les différents Etats d'Allemagne.

(*L'Express*, de Mulhouse, 16 avril 1914.)

DERNIÈRE HEURE

Le Docteur Gernez, chirurgien des Hôpitaux.

Au moment de mettre sous presse nous apprenons la nomination de M. le Dr Gernez comme chirurgien des Hôpitaux, après un brillant concours.

Tous ses collègues du Corps enseignant et du Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris et tous ses élèves se réjouiront du succès du sympathique professeur, et nous lui adressons, en leur nom, de bien vives et sincères félicitations.

Société d'Odontologie de Paris.

La Société d'Odontologie de Paris a tenu sa séance mensuelle le 5 mai.

Figuraient à l'ordre du jour les communications suivantes :

1° De l'enfumage iodé dans le traitement au 4e degré et de ses complications par M. Grasset.

2° Du plan d'occlusion et de ses rapports avec le plan de Camper (en prothèse et en orthodontie chez l'homme, dans la série animale), rapports du visage de Charles Rochel, nouvel appareil pour le déterminer, par M. Ruppe.

3° Des modifications apportées au système dentaire par l'âge, l'usure, les habitudes, et de leurs complications au point de vue prothétique (projections), par M. Georges Villain.

4° M. Weber, de l'*American Dental Club of Paris*, présente un dispositif facilement stérilisable pour la pièce à main.

Nous publierons ultérieurement ces communications, ainsi que le compte rendu de cette séance.

34e ANNÉE. N° 10. 30 MAI 1914 VOL. LI

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'ÉTAT ACTUEL DU PROBLÈME DE L'ARTICULATION

Par le Professeur A. GYSI, de Zurich.

(*Communication à la Société d'Odontologie, séance du 2 décembre 1913.*)

(Suite et fin.)

HISTOIRE DE LA CONSTRUCTION DES ARTICULATEURS.

A. Les premiers articulateurs n'étaient faits que pour arranger les dents artificielles en occlusion centrale. Ce n'étaient donc pas des articulateurs réels, mais seulement des occluseurs, à cause de l'absence complète de mouvement latéral.

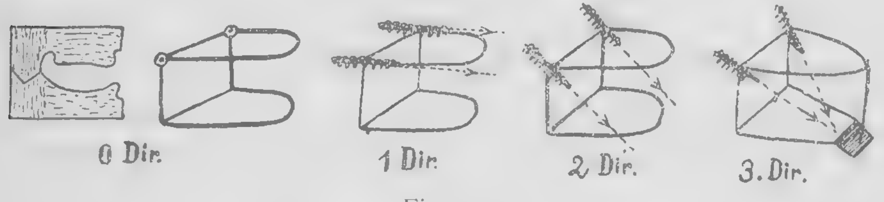


Fig. 22.

Les condyles ne peuvent se mouvoir dans *aucune direction* (fig. 22, 0) :

1° Une variété de ces occluseurs se faisait en plâtre ;

2° Une autre variété de ces occluseurs est construite avec une charnière en métal. Il existe au moins une centaine de modifications différentes de ce type d'articulateurs. C'est l'articulateur du dentiste qui n'est pas progressiste, encore aujourd'hui.

*
* *

B. En 1865, Bonwill fit le premier articulateur permettant des mouvements latéraux ; mais ces mouvements étaient horizontaux ou parallèles au plan d'occlusion, donc seulement dans *une direction* (fig. 22, 1).

*
* *

C. De 1885 à 1912, Schwarze, Walker, Christensen, Snow, Gysi, Eltner, Andresen, Amoëdo, etc., ont fait des articulateurs à mouvement latéral où la trajectoire des condyles était à un angle variable par rapport au plan d'occlusion, mais parallèles entre eux.

Ces articulateurs avaient donc un mouvement latéral, *dans deux directions* (fig. 22, 2).

*
* *

D. En 1910, je fis deux articulateurs, l'adaptable et le simplex, où la trajectoire des condyles n'était pas seulement dans une inclinaison verticale par rapport au plan d'occlusion, mais aussi dans une inclinaison transversale ou latérale par rapport au plan sagittal. Ces articulateurs avaient donc un mouvement dans *trois directions* (fig. 22, 3).

E. Mes articulateurs ont, en outre, une disposition qui permet de donner un mouvement distinct, non seulement aux deux points condyliens, mais aussi au point incisif du triangle de Bonwill, par le moyen de la *tige et du plan-guide des incisives* (fig. 22, 3).

Description de mes articulateurs.

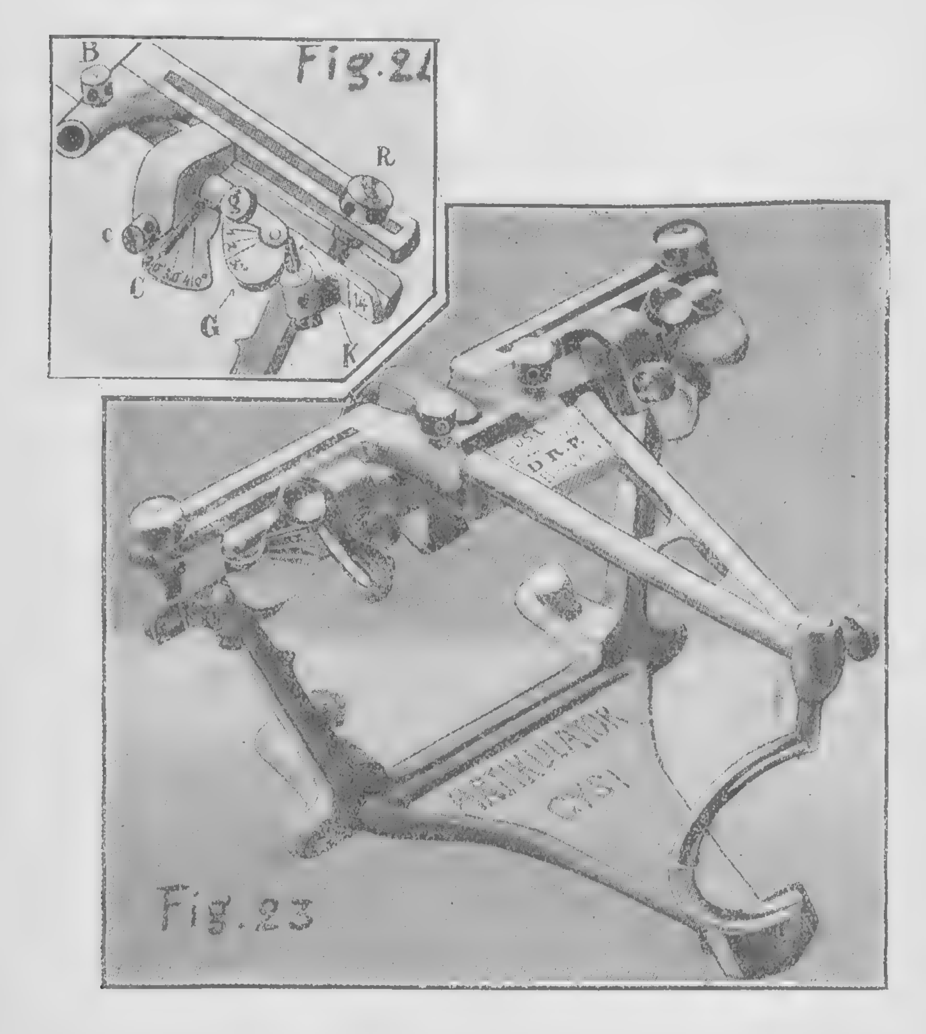
A. *Articulateur « Adaptable »* (fig. 23).

a) La partie la plus importante, la cavité glénoïde (fig. 24, G.), est formée de deux plans se touchant à angle droit (fig. 25), formant ainsi une rainure dans laquelle le pivot condylien peut glisser *d'arrière en avant* (fig. 25, a.). Cette rainure peut être tournée d'après les conditions mesurées par le patient dans deux directions :

2° De haut en bas (fig. 25, b.);

3° Plus ou moins vers la ligne médiane (fig. 25, c.).

b) L'axe d'ouverture (fig. 26, Ro.) ne coïncide pas avec l'axe



condylien (fig. 26, c.), mais il est situé à 17 mm. au-dessous et à 10 mm. en arrière des condyles, afin qu'en augmentant ou en diminuant la hauteur de l'occlusion, les incisives suivent le chemin Ro. 1, c'est-à-dire ne reculent ni n'avancent, et par conséquent l'articulation n'est pas changée, comme serait le cas s'ils suivaient le chemin C 1 (fig. 26).

c) Le plan-guide des incisives dans le modèle présent est à un angle de 40°, qui est le plus pratique (fig. 27, 40°).

Mais chaque dentiste peut changer cette inclinaison à volonté en fixant une petite plaque en métal avec de la cire à l'angle voulu.

d) La position des points de rotation (fig. 24, R) peut

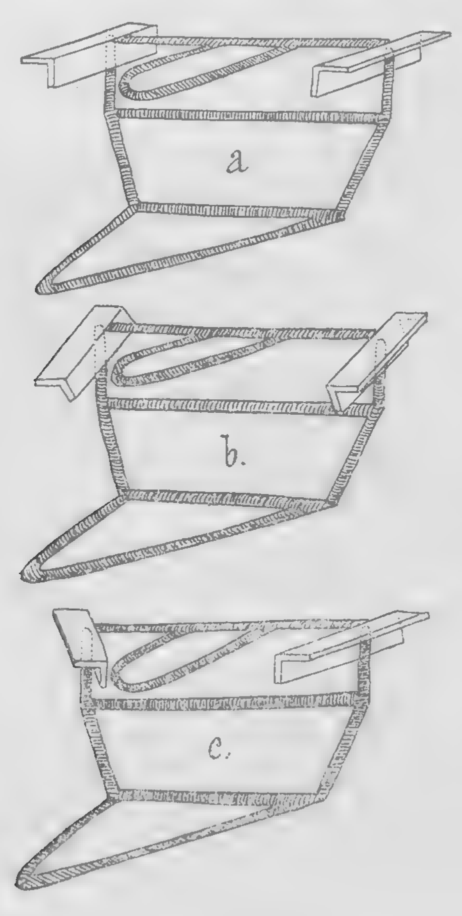
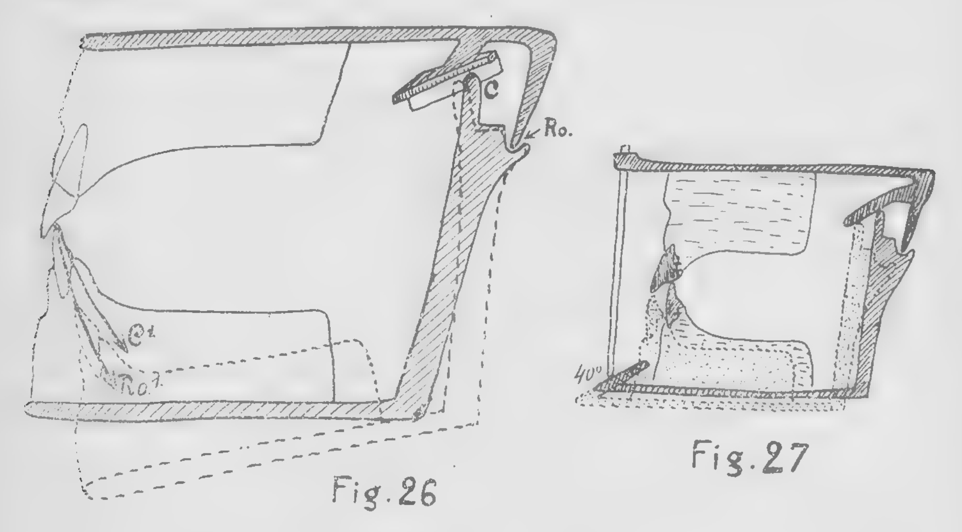


Fig. 25.

être changée de telle façon que la région des incisives reproduise le mouvement particulier enregistré dans la cire noire. Ces points de rotation permettent donc de donner aux dents le même mouvement latéral qu'elles auront dans la bouche du patient. Examinez la différence de ce mouvement dans les fig. 28 et 29 suivant que les points de rotation Ro. sont en dedans ou en dehors des condyles.

Conclusion : Cet articulateur peut donc être adapté à

tous les mouvements normaux et anormaux de nos patients.



B. *Articulateur « Simplex »* (fig. 30).

Cet instrument a tous les mouvements de l' « Adaptable », *mais fixé à un angle moyen.* Il a donc des mouvements, qui, d'après la statistique de mes mensurations, sont les

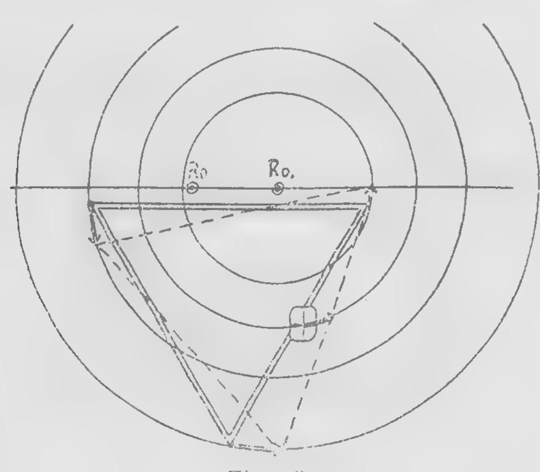


Fig. 28.

plus fréquents. Cet articulateur est destiné aux commençants ou à ceux qui ne désirent pas faire des mensurations sur le patient. Naturellement ses mouvements ne sont pas très exacts pour chaque patient, mais approximativement

exacts pour environ trois quarts de nos patients. Une fois qu'on a appris à monter les dents pour permettre les mouve-

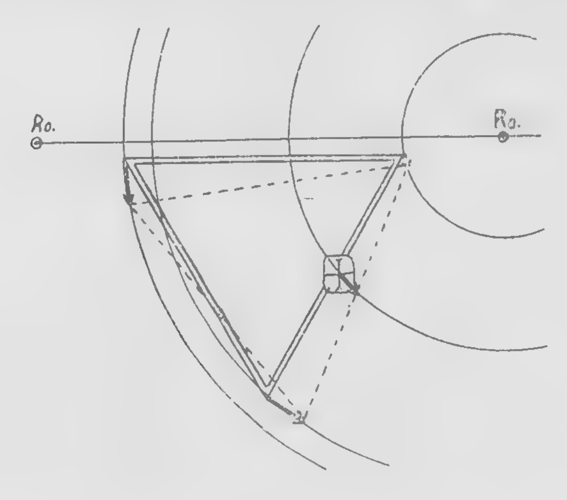


Fig. 29.

ments latéraux d'une façon générale, on peut aller un peu plus loin pour employer l'articulateur « Adaptable », d'après des mensurations individuelles.

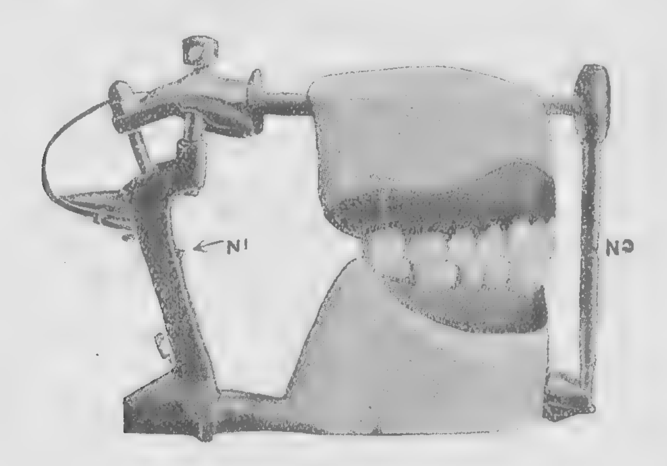


Fig. 30.

Nécessité de plus d'exactitude.

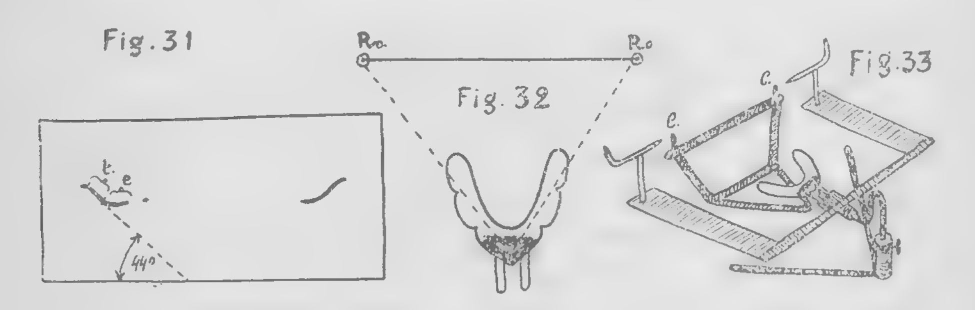
De même que vous n'aimeriez pas à porter des habits, des souliers, des lunettes, etc., faits d'après une mesure moyenne, de même le patient n'est pas à son aise s'il doit manger

avec des dents artificielles faites d'après un procédé général employé pour tout le monde. A ce jour, généralement, la plaque seule sur laquelle sont montées les dents est faite individuellement d'après une empreinte ; mais l'arrangement des dents est fait d'une façon identique pour tout le monde et, en plus, seulement en occlusion dans un articulateur à charnière. Je ne veux pas m'étendre davantage sur ce sujet, parce que M. Amoëdo a traité ce sujet déjà souvent devant vous.

Mesure des enregistrements des mouvements du maxillaire inférieur du patient et leur transmission sur l'articulateur « Adaptable ».

I. *Détermination de l'angle du mouvement condylien vertical* (qui a été mesuré sur un plan vertical) (fig. 6).

On prolonge la première partie de la trajectoire condylienne (fig. 31 t) vers le bord inférieur de la carte, qu'on a tenue parallèle au plan d'occlusion (fig. 6), et l'on mesure l'angle ainsi formé. La partie e (fig. 31) du chemin condylien, qui représente le mouvement extrême, n'est pas considérée.



II. *Détermination de l'angle du mouvement condylien transversal* (mesuré sur plan horizontal, c'est-à-dire sur les deux verres dépolis) (fig. 3).

On réunit les points de départ du chemin condylien par une ligne horizontale (fig. 5 B) tracée aux mêmes points de départ, puis une ligne verticale (fig. 5 p), après quoi on

peut mesurer la déviation du chemin condylien (fig. 5 ab) de cette ligne verticale, p.

III. *Détermination de la position des points de rotation* (fig. 32 Ro) d'après le mouvement horizontal du point incisif (mesuré sur le plan horizontal, c'est-à-dire dans la cire noire sur la plaque en fer à cheval) (fig. 9).

Après que les modèles sont fixés dans l'articulateur on reproduit les mouvements latéraux, en observant si l'enregistreur incisif suit le bord antérieur du tracé dans la cire noire (fig. 32). Pour reproduire ce tracé, on déplace les points de rotation (fig. 24 R) jusqu'à ce que cela se produise.

IV. *Mensuration de la distance en trois directions des modèles de l'axe condylien* (fig. 33).

On fixe le grand enregistreur sur le support, et l'on y place la plaque en fer à cheval portant les cires et les modèles en plâtre (fig. 11). Alors on met le tout devant l'articulateur de telle façon que les crayons horizontaux de l'enregistreur, qui étaient dans l'axe condylien sur le patient (fig. 6), se trouvent en ligne avec les pivots condyliens de l'articulateur (fig. 33 cc). Après avoir fixé les modèles dans cette position avec du plâtre sur l'articulateur, ils se trouvent dans les relations voulues par rapport à l'axe condylien.

Statistique des mensurations.

I. *Mouvement des deux points condyliens.*

a) Mesuré sur plan vertical en degrés, par rapport au plan d'occlusion, pendant que le maxillaire inférieur se meut de haut en bas (fig. 6), l'angle de ce mouvement peut varier de 0° à 80°, mais un angle d'environ 33° est le plus commun. Il est rarement le même à gauche et à droite. Cet angle peut être adapté à l'articulateur par la vis (c. fig. 24) d'après l'index (C. fig. 24).

b) Mesuré sur plan horizontal en degrés (fig. 5), par rapport au mouvement directement en avant (fig. 5 p.), cet angle est décrit pendant que le maxillaire inférieur se meut d'un côté à l'autre (fig. 3).

L'angle de ce mouvement peut varier de 5° à 80°, mais un angle d'environ 17° est le plus commun. Cet angle peut être adapté à l'articulateur par la vis (g. fig. 24) d'après l'index (G. fig. 24).

II. *Mouvement du point incisif.*

a) *Mesuré sur plan vertical,* pendant que le maxillaire inférieur se meut de haut en bas (fig. 20 I c i). Par la direction de ce mouvement (i) on peut déterminer le niveau de l'axe de rotation, comme nous l'avons vu (fig. 21 A. Ro) dans un chapitre précédent. Ce niveau est généralement au milieu entre l'axe condylien et le plan d'occlusion, mais il peut être, dans des cas exceptionnels, au même niveau avec l'un ou l'autre de ces derniers.

b) *Mesuré sur plan horizontal,* pendant que le maxillaire inférieur se meut d'un côté à l'autre (fig. 9). Comme nous l'avons vu, ce mouvement sert à trouver la position des points de rotation (Ro. fig. 21) sur l'axe de rotation. Ces points de rotation sont des points virtuels, mais non anatomiques, et peuvent se trouver à une équi-distance de 5 cm. à 18 cm. ; ils peuvent aussi être asymétriques, par exemple d'un côté l'un peut être plus ou moins près de la ligne médiane et, de l'autre côté, l'autre peut être plus ou moins éloigné de la ligne médiane.

c) *Mesuré sur plan vertical* pendant que le maxillaire inférieur fait un mouvement de rongeur (fig. 20 II c). Ce mouvement est mesuré en degrés par rapport au plan d'occlusion :

1° Quand les incisives naturelles existent encore, cet angle est déterminé par l'inclinaison de la surface palatine des incisives supérieures ; il varie entre 50° et 80° ;

2° Sans dents naturelles ce mouvement est indistinct, et par conséquent peut être choisi par le dentiste pour des considérations pratiques. Sur mes articulateurs j'ai donné à ce mouvement une inclinaison de 40° (fig. 27) par le moyen du plan-guide des incisives.

INFLUENCE DES CONDITIONS INDIVIDUELLES SUR LA FORME DES MOLAIRES.

Une fois qu'on connaît le mouvement en espace des trois points principaux du maxillaire inférieur on en peut déduire le mouvement de chaque point intermédiaire.

Au moyen du micromètre décrit dans mes premiers travaux, j'ai fait une étude nouvelle avec l'articulateur à trois mouvements, dont voici le résultat pour la première molaire (fig. 34).

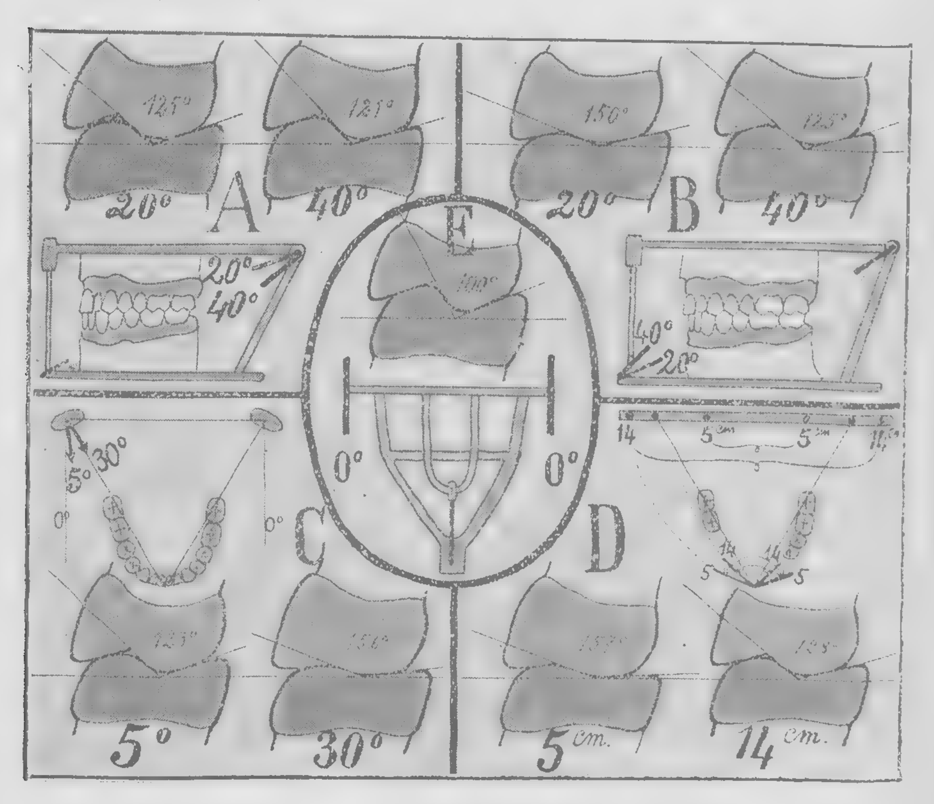


Fig. 34.

A. Les conditions du *mouvement vertical* des condyles (variant entre 20° et 40°) influencent particulièrement l'abaissement des molaires inférieures et par conséquent le balancement du dentier. La forme des molaires est peu influencée, mais surtout l'inclinaison de leurs surfaces triturantes.

B. Les conditions de l'inclinaison de 20° à 40° du *plan-guide des incisives* influencent la hauteur des cuspides des molaires, surtout quand un mouvement vertical des condyles de 40° se combine avec un mouvement de 40° des incisives.

C. Les conditions du *mouvement transversal des condyles* par exemple de 5° à 30° et

D. Les conditions de la *position des pivots de rotation* par exemple de 5 cm. à 14 cm. influencent tout spécialement la hauteur des cuspides des molaires et, en outre, la direction de leur mouvement latéral (fig. 28-29). Ces conditions déterminent donc si un cuspide d'une molaire passe facilement l'espace intercuspidien de son antagoniste, ou s'il en rencontre un cuspide.

E. L'absence du mouvement condylien transversal produit des formes de molaires fantastiques et peu naturelles. Avec des molaires de cette forme un patient qui a un mouvement transversal des condyles d'environ 30° ne pourrait pas manger, ou du moins ne pourrait pas faire de mouvements latéraux pour couper les fibres de la nourriture. Tous les articulateurs avec mouvements seulement dans deux directions rentrent dans cette classe, c'est-à-dire les articulateurs de Schwarze, Walker, Christensen, Snow, Eltner, Andresen et Amoëdo et mes deux premiers modèles 1908-1910. Ces articulateurs donnent un bon résultat seulement quand le patient n'a pas un mouvement transversal des condyles supérieur à environ 5°.

Influence des conditions individuelles sur la sous-articulation des incisives.

A. Les conditions du mouvement vertical (fig. 6) des condyles de 20° à 40° influencent très peu la profondeur de la sous-articulation des incisives, parce que les incisives se trouvent plus éloignées des condyles que les molaires.

B. Les conditions de l'inclinaison du guide incisif (fig. 27) influencent beaucoup la profondeur et l'inclinaison de la sous-articulation des incisives.

C'est la seule condition qui soit subordonnée à la volonté du dentiste, qui, selon la forme du palais, peut choisir une inclinaison de 20° à 40°. (Voir fig. 24, *Odontologie*, n° 12, 1913.)

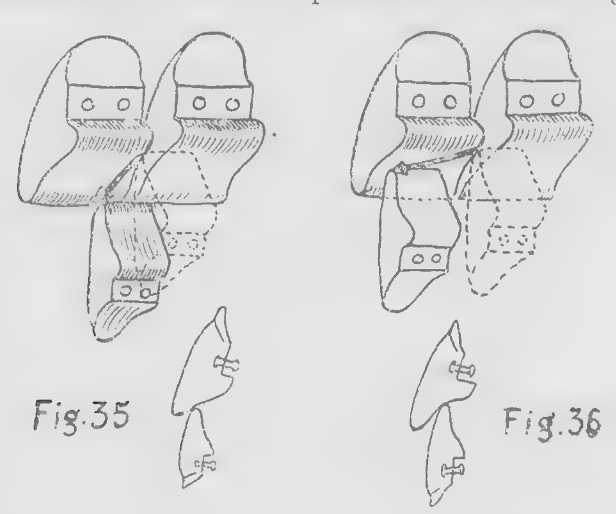
C. Les conditions du mouvement transversal des condyles (fig. 3) influencent très facilement la profondeur de la sous-articulation des incisives.

D. Les conditions de la position des pivots de rotation (fig. 28 et 29) ont le même effet que les conditions C. Par exemple un mouvement condylien transversal de 5° et une équidistance des pivots de rotation de 14 cm. (fig. 24) produisent un mouvement incisif postéro-antérieur très prononcé (fig. 35) ; dans ces conditions il est bon de ne pas faire une sous-articulation des incisives prononcées pour éviter un déplacement des dentiers. Un autre exemple extrême est un mouvement condylien transversal de 30° et une équidistance des pivots de rotation de 5 cm. (fig. 28), produisant un mouvement incisif postéro-antérieur très peu prononcé, c'est-à-dire que les incisives inférieures glissent presque directement à gauche ou à droite (fig. 36) pendant les mouvements de mastication. Dans ces conditions on peut faire une sous-articulation prononcée (fig. 36), sans risquer un déplacement des dentiers. Entre ces deux exemples extrêmes sont les conditions intermédiaires. Par exemple un mouvement condylien transversal de 5° combiné avec une équidistance des points de rotation de 5 cm. permet une sous-articulation moyenne. La même chose a lieu quand un mouvement condylien transversal de 30° se combine avec une équidistance des points de rotation de 14 cm.

Influence des conditions individuelles sur la direction du mouvement de toutes les dents.

Quand les distances en espace des bords alvéolaires de l'axe condylien n'ont pas été mesurées avec un « face bow » ou avec mon grand enregistreur, les dents suivent dans la bouche du patient un autre chemin que sur l'articu-

lateur, c'est-à-dire que les cuspides ne passent pas par les espaces interdentaires et intercuspidiens de leurs antagonistes.

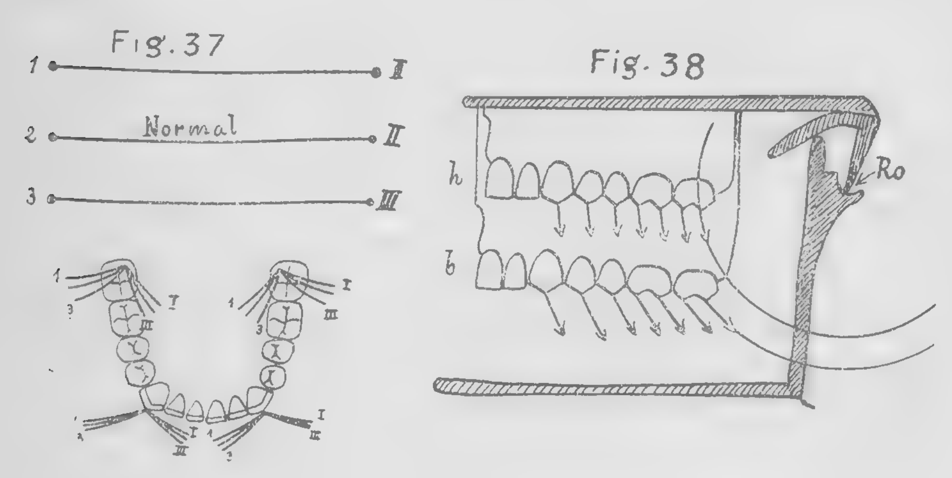


A. Si les modèles en plâtre ont été fixés dans l'articulateur :

1° Trop loin de l'axe condylien (fig. 37, 1-I), les cuspides des dents suivent les parcours (fig. 37, 1 et I) ;

2° Trop près de l'axe condylien (fig. 37, 3-III), les cuspides des dents suivent les parcours (fig. 37, 3-III).

B. Si les modèles en plâtre ont été fixés dans l'articulateur :



1° Trop haut (fig. 38, h.) (trop près du niveau de l'axe de rotation) ou

2° Trop bas (fig. 38, b) (trop loin du niveau de l'axe de rotation), l'occlusion des molaires n'est pas verticale sur la courbe de compensation, ou, en d'autres termes, l'occlusion n'est pas verticale sur la surface masticante des molaires, et cette pression oblique tend à déplacer les dentiers ;

3° C'est seulement quand la direction de l'occlusion est verticale sur la surface masticante que les dentiers sont stabilisés, et que les aliments ne peuvent pas s'échapper d'entre les dents et toute la force des muscles est employée à broyer et découper la nourriture, parce qu'elle agit à angle droit.

Règles a observer en montant un dentier plus ou moins complet.

Règles principales :

1° Les molaires doivent être placées bien au milieu du bord alvéolaire, pour empêcher le déplacement des dentiers quand on a un gros morceau d'aliment entre les dents. En outre il faut des molaires à forme anatomique, c'est-à-dire à rainures profondes (espaces d'échappement, *clearance spaces*) pour permettre l'écoulement des parties plus ou moins liquides d'aliments, ce qui augmente la force coupante des dents ;

2° Pour permettre le coupage des parties fibreuses d'aliments, après que les parties liquides ont été exprimées, les dents doivent pouvoir glisser de l'articulation latérale dans l'occlusion centrale avec beaucoup de force. Pour stabiliser les dentiers pendant ce mouvement important, c'est-à-dire pour empècher que les cuspides des dents ne forment des leviers qui détruisent la succion des dentiers, il faut observer les règles que j'ai déjà exposées dans *L'Odontologie*, et qui sont imprimées dans la brochure explicative donnée avec mes articulateurs.

REVUE DES REVUES

L'ÉCARTEMENT DES INCISIVES MÉDIANES SUPÉRIEURES, DYSTROPHIE HÉRÉDO-SYPHILITIQUE

(Sa valeur comme stigmate d'hérédité syphilitique.)

Par M. le Professeur E. GAUCHER.

Leçon rédigée par M. R.-J. WEISSENBACH, interne des hôpitaux.

Parmi les stigmates de l'hérédo-syphilis, les dystrophies dentaires occupent une place des plus importantes et leur valeur dans le diagnostic de la syphilis héréditaire est admise depuis longtemps. Ces malformations sont dues à des troubles de nutrition qui ont surpris la dent au moment de son premier développement au cours de la vie intra-utérine et l'ont marquée d'une empreinte indélébile. Ces altérations sont multiples : microdontisme, érosions, atrophie cuspidienne, dent d'Hutchinson, mais il s'en faut que toutes ces altérations se rencontrent avec la même fréquence et qu'elles aient la même signification et la même valeur diagnostique.

Je voudrais attirer aujourd'hui l'attention sur une dystrophie spéciale, qui peut coexister avec l'une ou l'autre des altérations que je viens d'indiquer, mais qui plus souvent existe seule et comme stigmate unique, ce qui en fait toute la valeur. Je veux parler de l'*écartement des incisives médianes supérieures*.

L'occasion de vous entretenir de ce stigmate dystrophique d'hérédo-syphilis, auquel j'attribue une grande valeur et que je recherche toujours systématiquement, m'est fournie par le passage dans le service d'une malade de 10 ans, dont voici l'histoire résumée :

OBSERVATION I. (Fiche 753 de la clinique.)

S. H... m'a été amenée par ses parents le 24 mars 1903. Elle était alors âgée de deux mois et, depuis, je l'ai toujours suivie.

La mère avait contracté la syphilis, par un chancre de la langue, deux ans avant la naissance de l'enfant. Elle s'était traitée irrégulièrement par des pilules et semble n'avoir eu aucun autre accident.

L'enfant est soignée à notre policlinique depuis l'âge de deux mois et son développement s'est poursuivi régulièrement.

Je trouve noté à la date du mois de juin 1907 que l'enfant, alors âgée de quatre ans, est parfaitement développée ; elle n'a présenté jusqu'alors aucun accident de nature syphilitique ; on ne trouve, chez elle,

aucune malformation, aucune dystrophie, en dehors de légères altérations *des dents de première dentition.*

Ces dents, qui ne sont ni striées, ni ponctuées, présentent quelques altérations de disposition et de forme.

Chaque demi-mâchoire porte deux incisives, une canine et deux molaires. La mâchoire supérieure a ses deux incisives gauches implantées plus bas que celles du côté droit. Les *deux incisives médianes supérieures sont écartées l'une de l'autre;* les canines sont écartées des incisives et des molaires. L'incisive médiane droite a son axe dirigé en bas et à gauche. Les quatre prémolaires sont cariées. La première prémolaire supérieure gauche présente sur sa surface externe, et en avant, une saillie pointue qui se continue avec une cannelure. Les quatre canines ont le sommet atrophié. La canine supérieure gauche a son sommet tronqué et une échancrure sur le bord antérieur. Les deux incisives supérieures droites présentent, sur la face antérieure, vers l'implantation, des dépressions superficielles, mais larges.

Les dents de la mâchoire inférieure sont normales, sauf les premières prémolaires qui sont cariées.

L'enfant, qui n'a présenté aucun accident depuis sa naissance, est atteinte, en 1911, d'une *double kératite parenchymateuse.* Cette lésion a, du reste, cédé au traitement ioduré et mercuriel poursuivi pendant les années 1911 et 1912.

Pour en revenir à l'étude de la dentition, nous voyons noté dans l'observation la chute des dents de lait au cours de l'année 1909. Actuellement, de la *seconde dentition* restent à pousser les canines et les deux dernières molaires. Les dents sont de forme normale, sans atrophie, non cariées. La seule anomalie constatée est l'*écartement des incisives médianes supérieures.*

En résumé, il s'agit d'une fillette dont la mère a contracté la syphilis deux ans avant sa naissance. Traitée et constamment suivie depuis l'âge de 2 mois, elle ne présente jusqu'à l'âge de 8 ans aucun accident spécifique. Elle est bien développée, de bonne santé et ne porte absolument aucun des stigmates, considérés comme classiques, de la syphilis héréditaire. Les dents de 1re dentition n'ont présenté que des altérations minimes, à l'exception *d'un écartement notable des deux incisives médianes supérieures.*

Les dents de deuxième dentition sont absolument normales de forme et de position, mais *les deux incisives médianes supérieures sont écartées l'une de l'autre.* Chez cette enfant, issue d'une mère syphilitique non traitée dans le cours de la deuxième année de la maladie, mais elle-même traitée dès sa naissance, *la seule dystrophie* que révélait l'examen le plus attentif était *cet écartement des incisives médianes supérieures retrouvé sur la deuxième comme sur la première dentition.* C'est seulement à l'âge de 8 ans qu'apparut le premier accident d'hérédo-syphilis, une lésion tertiaire, une kératite interstitielle double.

Si je vous ai rapporté tout d'abord cette observation, c'est qu'elle est particulièrement caractéristique : la syphilis maternelle a été constatée par moi-même, j'ai pu suivre l'enfant depuis l'âge de deux mois et, jusqu'à l'apparition de la kératite, vérifier l'absence de toute manifestation syphilitique, l'absence de toute malformation autre que l'écartement des incisives médianes supérieures, qui constitue, chez cette enfant, l'unique stigmate dystrophique d'une hérédo-syphilis certaine.

Etudions maintenant cette dystrophie particulière à laquelle, jusqu'ici, on n'a pas attribué la valeur qu'elle mérite.

A l'état normal, les deux incisives médianes supérieures sont, par leur bord interne, en contact immédiat ou, du moins, en contact immédiat du tranchant à la partie moyenne de la dent ; un petit espace triangulaire, à sommet supérieur, sépare leur bord interne dans le tiers inférieur, espace déterminé par la forme même de l'incisive.

Dans la dystrophie, dont je décris aujourd'hui les caractères, sur toute la hauteur de la dent, de la gencive au bord libre, le bord interne de l'une des incisives médianes est séparé du bord interne de l'autre par un intervalle net, souvent très accentué. L'examen des photographies, qui accompagnent quelques-unes de mes observations, vous permettra, mieux que la description elle-même, de retenir l'aspect si spécial que présente la mâchoire supérieure, atteinte de ce vice d'implantation dentaire.

L'espace ainsi limité, entre les deux incisives, a le plus souvent l'aspect d'un rectangle. Parfois les deux bords internes des incisives, légèrement saillants en dedans, donnent à cet espace la forme d'un sablier très allongé, l'espace qui sépare les deux incisives à leur partie moyenne étant moindre que celui qui les sépare à leur base et à leur bord libre ; cette différence est d'ailleurs toujours minime. La distance qui sépare ainsi les deux incisives est, en général, de un à trois millimètres : un tel écartement, en somme minime, est pourtant tout à fait net, il « saute aux yeux », pour peu qu'on examine toujours les dents.

Même sans examen intentionnel, quand le malade parle, quand il sourit, un seul coup d'œil suffit à constater l'anomalie. L'écartement est, d'ailleurs, assez souvent plus grand, de 4 et même 5 millimètres, ce qui donne alors, à un examen superficiel, l'impression qu'il manque une dent.

Je ne vous décris, en ce moment, l'*écartement des incisives médianes supérieures* que comme une *dystrophie isolée.*

Je suppose, car c'est fréquemment le cas, et l'observation précédente en était un bel exemple, que l'écartement est le seul stigmate et que les incisives sont, par ailleurs, absolument nor

males de forme, de dimensions et de direction, et que les autres dents ne sont atteintes d'aucune dystrophie. L'écartement des incisives médianes supérieures présente précisément *une grande valeur diagnostique*, parce qu'il est souvent *le seul stigmate dystrophique* d'origine hérédo-syphilitique qu'on puisse retrouver chez un malade.

Mais on peut aussi l'observer associé à d'autres malformations dentaires. L'écartement des incisives médianes supérieures est parfois accompagné de l'écartement des incisives latérales, de l'écartement des incisives médianes inférieures, de l'implantation irrégulière de ces dents, pour ne signaler que les anomalies de siège.

Les incisives médianes supérieures écartées peuvent présenter des érosions, des striations et des cannelures ; elles peuvent être plus petites que des incisives normales ; elles peuvent présenter des déviations de leur axe ; le degré extrême de ces malformations est la dent typique décrite par Hutchinson dont vous connaissez la haute signification diagnostique, mais que vous observerez exceptionnellement, car elle est d'une extrême rareté.

L'écartement des incisives médianes supérieures accompagne souvent des malformations plus ou moins marquées de la voûte palatine : voûte ogivale, rare ; voûte en plein cintre, creuse, profonde, plus fréquente.

Ces associations dystrophiques sont intéressantes à connaître, mais j'insiste sur ce fait que *l'écartement des incisives médianes supérieures est souvent le seul stigmate d'hérédo-syphilis*, et c'est, à mes yeux, ce qui fait tout l'intérêt de sa recherche. Cet écartement n'est pas, en effet, une malformation banale ; je ne l'ai jamais rencontré que chez des individus suspects de syphilis héréditaire ; je l'ai rencontré si souvent chez des individus issus de parents certainement syphilitiques que je le considère comme une *dystrophie hérédo-syphilitique certaine*, comme un *stigmate d'hérédité syphilitique indubitable.*

Bien souvent, sa constatation chez un individu porteur d'une lésion de nature douteuse m'a permis, en l'absence de la réaction de Wassermann, d'en soupçonner l'origine syphilitique, les bons effets du traitement venant ultérieurement démontrer l'exactitude du diagnostic posé. En choisissant, parmi les nombreuses observations que je possède, quelques exemples caractéristiques et en les commentant devant vous, je pense vous convaincre de l'intérêt pratique qui s'attache à la recherche d'un signe de constatation si aisée.

Observation II. (Fiche 29393 de la clinique.)

G. M..., 10 ans, a été amenée à l'hôpital le 13 mai 1913. Elle souffre,

depuis quinze jours, de lésions ecthymateuses des membres inférieurs ayant débuté sans cause, sans traumatisme, au mollet gauche.

Actuellement, sur la face externe de la jambe gauche existe une ulcération creuse, des dimensions d'une pièce de 5 francs, entourée d'une zone inflammatoire périphérique. Autour de cette lésion principale, on trouve de nombreuses ulcérations plus petites, à centre creusé, laissant écouler un liquide séro-purulent. La jambe droite porte des lésions analogues, moins étendues.

L'enfant présente une voûte palatine légèrement ogivale, mais surtout *un écartement des incisives médianes supérieures.* Les incisives latérales supérieures sont petites.

La mère est bien portante, elle nie tout accident syphilitique et l'enquête à son sujet est négative. Elle a une autre enfant bien portante, elle n'a jamais eu de fausses couches.

La *réaction de Wassermann,* recherchée le 17 mai 1913, a donné *un résultat positif.*

Traitée par la liqueur de Van Swieten, l'enfant a présenté une amélioration rapide, suivie de guérison.

En résumé, cette fillette, âgée de 10 ans, était atteinte de lésions d'aspect ecthymateux, de développement récent, sur la nature desquelles on pouvait discuter. L'aspect des ulcérations était même plutôt en faveur du diagnostic d'inflammation banale.

L'examen de l'enfant ne révélait aucun des stigmates classiques de l'hérédo-syphilis, toute enquête sur les antécédents personnels et héréditaires restait sans résultat. La constatation de ce seul stigmate, l'écartement des deux incisives médianes supérieures, me faisait considérer l'enfant comme une hérédo-syphilitique et suspecter l'origine spécifique des ulcérations.

Avant de connaître le résultat de la séro-réaction, j'ordonnai le traitement mercuriel qui amena une guérison rapide.

La *réaction de Wassermann* donna d'ailleurs un *résultat positif total.*

Observation V. (Fiche 27616 de la clinique.)

M. V..., âgé de vingt ans, est entré à l'hôpital Saint-Louis, au mois de mars 1913, pour une parésie du membre supérieur droit, qui est apparue dans les circonstances suivantes :

Le 1er janvier 1913, dans la journée, sans cause apparente, le malade perd brusquement connaissance. Il revient à lui deux heures plus tard : on constate l'existence d'une hémiplégie droite complète avec aphasie. Peu à peu, dans les jours qui suivent, le membre inférieur récupère ses fonctions ; la difficulté de la parole est un peu moindre, mais, l'amélioration étant lente, le malade entre deux mois et demi plus tard à l'hôpital.

Il ne persiste de l'hémiplégie qu'une parésie du membre supérieur droit, sans parésie du membre inférieur, avec réflexe fort, signe de

l'orteil en extension. Il n'y a pas de paralysie faciale. Le malade parle difficilement. Petit, peu développé pour son âge, il ne paraît pas vingt ans, mais on ne trouve chez lui aucune malformation importante. L'examen du cœur est négatif, il n'existe pas de rétrécissement mitral ni aucune autre affection cardiaque ; le malade n'a jamais eu de maladie aiguë, ni de rhumatisme.

L'examen des dents montre *un écartement des incisives médianes supérieures*, avec microdontisme des incisives latérales. Sur l'incisive supérieure droite, existent quelques striations longitudinales.

Les antécédents sont à peu près muets : tout accident de syphilis acquise est nié et l'on n'en trouve aucune trace.

Le malade ne semble avoir présenté dans son enfance aucun accident d'hérédo-syphilis, mais, *jusqu'à l'âge de 17 ans, il fut atteint d'incontinence nocturne d'urine.*

La *réaction de Wassermann* a donné un *résultat positif.*

L'examen de l'œil a été fait par M. Antonelli, qui a trouvé des pupilles inégales, déformées, sans synéchies, ne réagissant pas à la lumière. Il n'existe aucune lésion du fond de l'œil.

Le malade fut mis à un traitement mixte ioduré et mercuriel et guérit de son hémiplégie et de son aphasie.

Dans cette observation, avant la réaction de Wassermann, avant la recherche de stigmates oculaires de syphilis, la constatation de l'écartement des incisives médianes supérieures m'avait fait affirmer l'hérédo-syphilis. En l'absence de toute cardiopathie, de rétrécissement mitral en particulier, l'origine hérédo-syphilitique, par artérite, de l'hémiplégie droite avec aphasie restait la plus vraisemblable. Remarquez que, dans ce cas, la constatation de l'écartement des incisives médianes, comme stigmate d'hérédo-syphilis, apportait au diagnostic causal de l'hémiplégie plus de précision que l'examen oculaire, qui permettait d'affirmer la syphilis.

Les observations dont je vais maintenant vous donner le détail ont encore plus d'intérêt pour les démonstrations que je veux faire. Comme vous le verrez, il s'agit d'individus qui ne présentent aucun accident syphilitique, qui semblent n'en avoir jamais présenté, qui ne portent aucun autre stigmate que l'écartement des incisives médianes supérieures, et, pourtant, *la recherche de la réaction de Wassermann a donné chez tous ces malades un résultat positif.*

Observation IX. (Fiche 29977 de la clinique.)

Mlle G. F..., 17 ans, vient consulter à l'hôpital Saint-Louis pour de la phtiriase du cuir chevelu. Elle est enceinte de sept mois. Elle nie toute maladie antérieure, toute éruption, et s'est toujours bien portée.

Elle est bien développée, de constitution robuste ; il n'existe chez elle aucune cicatrice, aucune dystrophie autre que les minimes stigmates

suivants : un peu d'asymétrie faciale, une voûte palatine profonde. Les dents sont bien conformées, sans érosion ; mais il y a *un écartement très marqué des incisives médianes supérieures.*

La réaction de Wassermann a donné un résultat positif atténué (Desmoulière).

Observation XV. (Fiche 29980 de la clinique.)

Mlle M. D..., âgée de 25 ans, est traitée à l'hôpital Saint-Louis pour les lésions suivantes :

Une adénopathie sous-maxillaire tuberculeuse gauche fistulisée ; une tuberculose pulmonaire bilatérale caractérisée par de l'induraion pulmonaire à droite, des craquements au sommet gauche.

Un eczéma sec, nummulaire, des seins, des membres supérieurs et inférieurs.

Elle présente, en outre, les dystrophies suivantes :

Une asymétrie faciale légère ; une voûte palatine creuse ; une petite taille, mais une bonne conformation générale ;

Des altérations dentaires :

Les incisives médianes supérieures sont très écartées l'une de l'autre et des incisives latérales. Les deux incisives médianes supérieures sont bien formées ; la gauche a son axe dirigé en bas et en dedans. Les incisives latérales sont petites, en forme de coins, la gauche beaucoup plus petite que la droite. Les molaires supérieures sont bien constituées, mais cariées pour la plupart ; la prémolaire droite manque.

Il y a implantation irrégulière, sans écartement, des incisives médianes inférieures. Reste une molaire inférieure droite cariée.

La réaction de Wassermann est négative.

Cette dernière observation diffère des précédentes ; la malade présente des stigmates dentaires très nets : l'écartement des incisives médianes supérieures, associé au microdontisme des incisives latérales. Chez elle l'examen ne révèle aucun autre stigmate d'hérédo-syphilis ; l'interrogatoire et l'étude des antécédents restent aussi sans résultat ; de plus, la réaction de Wassermann donne un résultat négatif. Cette observation va me permettre de vous dire un mot de la fréquence de la réaction de Wassermann chez les individus qui présentent l'écartement des incisives médianes supérieures.

C'est bien avant la découverte du séro-diagnostic de la syphilis par la méthode de Wassermann que j'ai été amené, par l'observation clinique, à considérer l'écartement des incisives médianes supérieures comme un stigmate dystrophique d'hérédo-syphilis.

En l'absence d'une réaction humorale spécifique, la constatation de certains stigmates prend une importance capitale pour diriger le diagnostic dans un cas douteux. Leur constatation

garde, d'ailleurs, même aujourd'hui, toute sa valeur par la facilité de leur recherche.

Chez tous les malades que nous avons examinés depuis trois ans, nous avons recherché la réaction de Wassermann. Les résultats ont toujours été positifs quand le malade était, en outre, porteur d'une lésion syphilitique en activité. Pour les autres sujets, chez lesquels l'examen le plus attentif ne révélait aucune lésion actuelle, dont les antécédents restaient muets et chez lesquels l'écartement des incisives médianes supérieures était le seul stigmate, *nous avons presque toujours trouvé la réaction positive.* Dans quelques cas, très rares d'ailleurs, comme l'observation précédente en est un exemple, le résultat fut négatif.

Ce fait ne doit point nous surprendre. Chez des individus issus de parents syphilitiques et ne portant aucune lésion en activité, la réaction de Wassermann est assez souvent négative ; certaines modifications de technique, comme l'emploi de l'antigène de Desmoulière ou la réactivation, comme l'a montré Milian, permettent d'obtenir un pourcentage plus élevé de cas positifs ; mais, néanmoins, un certain nombre de cas donnent un résultat négatif. La réaction, d'ailleurs, peut ultérieurement devenir positive, en particulier lorsqu'apparaissent des accidents.

La dystrophie n'est que le résultat, le stigmate permanent d'un trouble de nutrition qui a frappé la dent au moment de son premier développement et dont la cause peut être depuis longtemps supprimée. La réaction de Wassermann, quand elle est positive, semble bien liée à la persistance du virus, pour employer une expression très générale. Chez les individus porteurs d'une dystrophie, dont l'origine remonte à la période intra-utérine, comme l'écartement des incisives médianes supérieures, elle sera négative si toute infection spécifique est éteinte, elle pourra être positive dans l'hypothèse contraire, cas le plus fréquemment observé en clinique, sans qu'on puisse d'un résultat négatif tirer argument contre l'origine spécifique de la dystrophie.

Il me semble inutile de multiplier les observations. Celles que je viens de vous résumer, et dont les autres ne seraient que la répétition, vous ont montré l'intérêt que présentent l'examen des dents et la découverte de cette dystrophie spéciale, pour suspecter, chez le porteur, la véritable nature d'une lésion de caractères cliniques douteux. Mais, parfois, c'est la constatation de cette dystrophie chez un *collatéral,* un frère ou une sœur du malade indemne lui-même de tout stigmate dystrophique.

Pour tirer de l'exposé précédent l'enseignement qu'il comporte, je voudrais que vous reteniez qu'en plus des nombreux stigmates d'hérédo-syphilis aujourd'hui bien connus et, particulièrement,

en plus des dystrophies dentaires classiques, si bien décrites par Hutchinson, par Fournier et par Parrot, il en existe une dont la valeur spéciale n'est pas connue, dont je viens de vous démontrer l'importance, et sur laquelle j'appelle toute l'attention des médecins, c'est l'*écartement des incisives médianes supérieures.*

De constatation aisée, d'observation fréquente, associée parfois à d'autres dystrophies dentaires, *le plus souvent stigmate isolé,* elle tire de ces caractères mêmes toute sa valeur diagnostique pratique. Chez un malade porteur d'une lésion douteuse, sa constatation doit éveiller d'emblée l'idée d'hérédo-syphilis et impose une enquête précise, complétée par la recherche de la réaction de Wassermann. C'est donc un signe avertisseur de premier ordre ; pour la facilité de sa recherche autant que pour sa valeur diagnostique, il méritait une étude spéciale.

Je dois ajouter que cet écartement des incisives, comme toutes les dystrophies, peut être *héréditaire, à l'état de dystrophie,* dans plusieurs générations successives sans nouvelle infection syphilitique. J'ai vu ainsi, plusieurs fois, comme en témoigne l'observation VI, le père ou la mère et un ou plusieurs enfants être atteints de ce même vice d'implantation dentaire, et, dans quelques-uns de ces cas, il m'a été possible de remonter à la syphilis du grand-père. De sorte que toujours, à une époque plus ou moins lointaine et dans l'une ou l'autre génération, *toujours on trouve l'hérédité syphilitique à l'origine de l'écartement des incisives médianes supérieures.*

(Extrait des *Annales des Maladies vénériennes*, novembre 1913.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 3 mars 1914.

Présidence de M. JEAY, président.

La séance est ouverte à 9 heures 1/4.

I. — CORRESPONDANCE.

Le secrétaire général fait part des excuses de M. Mendel-Joseph et de M. Ruppe, qui ne peuvent assister à la séance. Il ajoute : « M. Amoëdo vient de faire hommage à l'Ecole de la nouvelle édition dans laquelle il a fait la partie « Dents » du traité d'anatomie de Poirier. Nous le prions d'agréer les remerciements de tous. »

II. — ETUDE SUR L'ANCIEN ET LE NOUVEAU MODUS OPERANDI D'ANGLE, AVEC PROJECTIONS DÉMONTRANT LES RÉSULTATS DES DEUX MÉTHODES, PAR M. ANÉMA.

M. Anéma donne lecture d'une communication, qui sera publiée ultérieurement.

DISCUSSION.

M. P. Martinier. — Il y a lieu de remercier notre confrère de l'intéressante communication qu'il vient de nous faire, des projections qu'il nous a permis de voir et du travail qu'il a entrepris pour faire connaître cette nouvelle méthode, en partie ignorée de nous tous.

J'aurais cependant quelques réflexions à lui faire.

Il me semble que Case avant Angle avait entrepris la mobilisation des racines. D'autre part notre confrère ne nous a pas donné suffisamment de détails, à mon avis, sur la manière de procéder.

Il est bien évident que ceux qui sont quelque peu versés en orthodontie ont pu voir par les projections qui nous ont été soumises de quelle manière Angle avec sa nouvelle méthode entend remédier à la mauvaise direction des racines et des couronnes.

J'aurais cependant aimé pour ma part entendre notre confrère nous donner des indications techniques sur la manière de procéder. Il est évident que l'orthodontie jusqu'à présent — et cela

dans la plupart des pays — a besoin de développements. Au point de vue de la compréhension, il me semble que les projections que nous avons eues sous les yeux manquaient d'un texte suffisamment clair pour les auditeurs. Il ne faut pas oublier que l'orthodontie a pris une place extrêmement importante dans nos études. A mon avis et de l'avis de beaucoup de mes confrères, l'orthodontie doit être enseignée régulièrement et doit faire partie de l'enseignement des Ecoles dentaires et des facultés au même titre que les autres branches de l'art dentaire. Il est bien évident que nous aurons toujours des spécialistes, c'est-à-dire des confrères que ces travaux intéresseront plus particulièrement, mais il est aussi évident que dans l'avenir l'orthodontie doit être enseignée de façon à ce que tous les dentistes soient suffisamment compétents.

Il y a, quant à la valeur sociale du dentiste, quant à la tâche qu'il a à remplir, soit au point de vue prophylactique, soit à celui de la manière de procéder aux corrections des malocclusions et des anomalies dento-faciales, un rôle extrêmement sérieux qu'il est nécessaire de développer le plus possible.

Dans la conférence que nous a faite M. Anéma, nous avons été tous intéressés par les projections, mais je reste un peu étonné qu'il n'ait pas cru devoir nous donner plus de détails sur le nouveau procédé d'Angle.

J'aurais aimé qu'il nous fît discerner, entre autres choses, la différence qui existe entre le nouveau procédé d'Angle et l'ancien procédé de Case connu depuis 1896.

M. Anéma. — M. Martinier a tout à fait raison, j'aurais dû vous donner plus de détails.

Voici un schéma. Vous voyez que l'arc suit toutes les anfractuosités qui sont laissées par les dents en malocclusion. Vous voyez des bagues munies de douilles dans lesquelles s'engagent des tiges fixées sur l'arc.

Pour déplacer une dent on donne à l'arc, aux tiges une courbure dans le sens voulu.

M. le président. — L'arc est du même métal que le reste ?

M. Anéma. — L'arc est en or.

Voilà les différentes sections de l'arc qu'on emploie.

C'est la façon de couder ces petites tiges sur l'arc qui détermine le déplacement des dents. Il est très difficile dans le temps qui m'est imparti de vous fournir toutes les explications sur la manière de procéder.

J'aurai le plaisir de vous donner des explications plus détaillées à la séance du Cercle odontologique à l'Hôtel Continental, en vous montrant tout cela dans la bouche d'un patient. Je me

tiendrai alors tout à fait à votre disposition pour répondre à toutes les questions que vous pourriez avoir à me poser.

M. P. Martinier. — Je vous demande pardon d'insister encore au point de vue des explications de notre confrère. Les projections elles-mêmes ne nous donnent pas un aperçu de ce que nous voudrions voir. Nous verrons cela sans doute à la démonstration que M. Anéma nous promet à l'Hôtel Continental.

M. Anéma. — Le titre de ma communication précise qu'il s'agit seulement d'une étude sur l'ancien et le nouveau modus operandi d'Angle, avec présentation des résultats.

M. P. Martinier. — Au point de vue du mouvement que vous imprimez aux dents et de la façon dont vous imprimez ce mouvement, nous sommes les uns et les autres un peu surpris : nous n'avons pas l'explication que nous voudrions avoir.

M. Georges Villain. — Comme M. Martinier, j'estime qu'il serait bon de donner un mot d'explication au sujet du mouvement radiculaire.

C'est Farrar, le premier, qui a pensé au mouvement radiculaire. Il l'a réalisé d'une façon plus ou moins pratique.

Case ensuite a imaginé et construit un appareil qui permet ce mouvement d'une façon rationnelle, ce qui constituait un progrès et permettait d'obtenir des résultats très heureux. Quoique d'une certaine difficulté d'application, cet appareil a rendu des services dans les cas où une forte inclinaison des dents était inévitable avec un appareil à arc simple.

Depuis, de nombreux confrères ont imaginé des moyens d'harmoniser la méthode d'Angle avec la méthode de Case, c'est-à-dire qu'on procède par la méthode d'Angle ou une méthode analogue pour faire l'expansion et régulariser l'arcade et l'occlusion et lorsque le premier traitement est terminé, on maintient les dents au niveau du collet à l'aide d'une force placée sur le bord libre des dents.

Il est ainsi possible de donner aux dents déjà mobilisées l'inclinaison qu'elles doivent avoir.

M. Lemière nous a montré ici un moyen très pratique et très simple de produire à l'aide d'un élastique le mouvement radiculaire après avoir fait le mouvement coronaire.

Pour ma part j'ai beaucoup apprécié ces méthodes, je les ai enseignées parce que les élèves pouvaient beaucoup plus facilement réaliser la mobilisatiun d'une dent dans sa totalité par l'action d'une double inclinaison que par la méthode rectiligne de l'appareil de Case. La double inclinaison consiste à prendre point d'appui au niveau du collet par exemple, la force s'exerce au niveau du bord libre et l'on peut avec facilité faire le mouvement apical.

M. Ruppe nous a présenté ici un appareil qui automatiquement produit le mouvement radiculaire, coronaire ou radiculo-coronaire.

Par conséquent, au point de vue historique, il y a déjà de nombreux travaux faits sur ces tentatives de redressement apical des dents.

Le nouvel appareil d'Angle présente certainement une supériorité sur son premier appareil. Angle jusqu'à présent avait combattu la méthode de Case, non seulement au point de vue de la classification, mais également au point de vue du traitement orthopédique pur. Il y a 18 mois encore nous étions habitués à entendre Angle critiquer ceux qui s'occupaient du mouvement radiculaire.

Ce n'est pas une innovation, c'est une application nouvelle de méthodes déjà anciennes.

Le nouvel appareil d'Angle présente une difficulté, celle de faire le traitement simultané au maxillaire supérieur et au maxillaire inférieur. Si vous remarquez la disposition donnée aux appareils, vous y voyez la mise en position d'une bague, avec le petit tube placé sur la partie vestibulaire de cette bague pour y faire pénétrer le taquet, puis la potence soudée à l'arc; par cette disposition, l'occlusion n'est plus possible dans la majeure partie des cas.

Ce sont là des explications que M. Anéma ne nous a pas encore données; il ne s'est pas expliqué sur ce cas particulier.

Or, 8 fois sur 10 nous avons à traiter non seulement le maxillaire supérieur, mais également le maxillaire inférieur et il nous faut autant que possible traiter les deux ensemble.

Dans le nouvel appareil d'Angle, il y a une méthode extrêmement dangereuse pour les débutants et je voudrais qu'on attirât l'attention de tous nos confrères qui ne sont pas très versés dans l'orthopédie pour leur dire que, s'ils voulaient s'attaquer à un redressement en employant cette nouvelle méthode, ils auraient certainement des déboires considérables. Pensez qu'il faut donner à cet arc des courbures qui se suivent, comme le montraient les dernières figures de M. Anéma. La ligne de l'arc est brisée par les malpositions. Lorsque vous voulez rétablir la forme de l'arc, vous procédez à la pince, sans retirer l'appareil de la bouche ou en le retirant le moins possible. Cette méthode est extrêmement dangereuse parce que vous ne pouvez l'employer que si vous en avez une grande expérience.

Case a imaginé une série de pinces qui permettent de modifier les arcs pendant l'action du traitement sans avoir à les retirer de la bouche. Or, chaque fois qu'un débutant se sert de ces pinces, il fait monter ou descendre les dents, contrairement à ce qu'on voulait faire. Lorsqu'on donne un coup de pince, l'appareil étant

maintenu de partout, on demande quelle extension on a provoquée. Tant que vous n'avez pas appris par l'habitude à mesurer la force que vous donnez avec vos pinces, vous risquez un coup de pince trop fort qui peut déplacer les dents beaucoup trop.

Ce qui est dangereux, c'est qu'on peut dépasser la mesure et aller au delà de ce qu'on désire faire.

C'est là un gros grief à faire à cet appareil d'un emploi que je crois très rationnel et très utile pour l'orthodontiste très exercé, mais qui est dangereux pour le débutant ou celui qui n'a pas une pratique suffisante.

Ce que je voudrais demander à M. Anéma, c'est comment se produit le mouvement rectiligne de deux dents à l'aide de cet appareil, dans le sens mésial ou distal. Si par exemple nous avons 2 incisives séparées par un diastème assez grand, ou le cas de deux canines que nous a montré M. Martinier il y a quelques années; comment avec cet appareil d'Angle allez-vous rapprocher ces deux dents-là ? Je n'ai pas encore compris comment il le ferait.

Pour me résumer je trouve que cet appareil est intéressant. Je ne voudrais pas qu'on crût que je le combats. Il faut l'étudier, travailler avec et voir ce qu'on en peut tirer. Je voudrais surtout mettre en garde tous ceux qui n'ont pas une pratique suffisamment grande de l'orthopédie sur son emploi, car ils risquent avec cet appareil des échecs assez désagréables pour eux et pour leurs malades.

Le président. — Nous pouvons remercier M. Anéma de nous avoir fait cette très intéressante communication.

Je me permets, à titre de président, de lui adresser les mêmes regrets que mes confrères lui ont exprimés tout à l'heure. L'orthodontie n'est pas une spécialité proprement dite à mon sens du moins, différente de la spécialité du chirurgien-dentiste et il me semble qu'un bon dentiste doit savoir tout faire; je veux dire par là qu'il doit être un bon opérateur, un bon mécanicien et même un bon orthodontiste. Par conséquent permettez-moi de vous exprimer le regret que vous ne soyiez pas entré davantage dans la technique de cette nouvelle méthode. Je vous ai moi-même demandé tout à l'heure une chose que vos explications ne m'avaient pas permis de bien comprendre.

Je me permets de vous dire que la communication que vous venez de nous faire était extrêmement intéressante, mais que, sous cette forme, elle a revêtu un caractère un peu empirique. Comme vous nous avez montré des modèles avant, pendant et après, mais vous ne nous avez pas dit quels étaient les moyens employés pour obtenir ces résultats. Je le regrette très vivement. Je ne vous en remercie pas moins très sincèrement d'avoir bien

voulu attirer votre attention sur le progrès réalisé par la nouvelle méthode d'Angle.

M. Anéma. — Je voudrais répondre à ceux qui ont donné leur opinion sur ma communication.

M. Georges Villain, disant que cette méthode est très dangereuse, fait erreur. Il dit qu'on change la courbure de l'arc dans la bouche, au contraire, il faut l'enlever. Angle le dit très nettement, car ainsi on sait ce qu'on fait.

M. Anéma. — Dans toute profession si l'on pense que le travail imposé est trop dur, il vaut mieux l'abandonner.

C'est pour cela que nous en revenons à dire que l'orthodontie est vraiment un travail spécial qu'on doit avoir appris et pratiqué pour l'exécuter convenablement. Je ne suis pas le seul à avoir cette opinion. Est-ce que M. G. Villain qui s'occupe de couronnes et de bridges, de traitements, dit que c'est là besogne facile ?

Lorsque notre cher président dit que le dentiste doit connaître l'orthodontie, je lui réponds que je veux bien qu'il connaisse l'orthodontie, mais aussi que c'est autre chose que savoir et pratiquer. J'ai fait une fois la comparaison entre le dentiste et l'orthodontiste : l'un est le menuisier et l'autre le forgeron, c'est un métier tout à fait différent.

J'ai assisté à de nombreuses réunions de dentistes en Europe aussi bien qu'en Amérique, voici l'impression que j'ai remportée : dans les communications qui sont présentées sur ce sujet, ce sont les orthodontistes qui apportent les résultats, ce ne sont pas les dentistes. Les résultats sont apportés par les gens du métier qui s'occupent avec cœur de cet art.

Maintenant j'ai déjà dit à M. Martinier que ma communication n'a aucune prétention de donner la technique du nouvel appareil d'Angle. Je vous rappelle le titre de cette communication qui est tout simplement : Etude de l'ancien et du nouveau modus operandi d'Angle avec la démonstration comparative des méthodes. Même si on le voulait, je ne crois pas qu'on pourrait donner des explications très efficaces de la technique dans le peu de temps qu'on accorde à une communication dans une Société.

Je me permets alors de faire observer que cette petite critique de M. Martinier est je crois mal fondée.

M. Henri Villain. — En quoi est l'appareil ?

M. Anéma. — En maillechort et en or.

Un membre. — Puisque M. Anéma fait dimanche prochain une communication au Cercle odontologique, nos confrères que cette question intéresse pourront aller à cette séance de démonstration, qui aura lieu à l'Hôtel Continental. Ils y verront M. Anéma faire

la démonstration du nouvel appareil d'Angle dans la bouche d'un patient. Ils pourront ainsi se rendre compte de visu.

M. Anéma. — Nous aurons notre Congrès de la Société européenne d'orthodontie cet été, au mois de juillet, à Paris.

Je vous invite très cordialement à y être présents parce que je vois que vous portez un certain intérêt à l'orthodontie. La clinique aura lieu le 1er août, les communications se feront les 27 et 28 juillet.

M. Martinier. — Je suis obligé de revenir encore une fois sur la question. Ce n'est pas pour chercher querelle à M. Anéma, car je suis de son avis lorsqu'il dit qu'il ne pouvait pas faire une étude complète de l'appareil, mais il aurait pu néanmoins nous indiquer ses moyens d'action.

Je serai le premier à aller voir sa démonstration sur le malade ; j'espère que nos confrères y viendront également. Au point de vue de la spécialisation de l'orthodontie, je suis d'avis que c'est une des branches de l'art dentaire analogue aux autres, et que le dentiste complet doit connaître l'orthodontie au même titre qu'il connaît la dentisterie, la stomatologie, la prothèse, etc. Ce qui est vrai, c'est que cette branche a été laissée longtemps à l'écart des études dentaires régulières non seulement en France, mais en Amérique et dans d'autres pays.

Ce qui est également vrai, c'est qu'il importe aux Ecoles dentaires et aux Facultés d'enseigner l'orthodontie à tous les dentistes. En effet le chirurgien-dentiste est le gardien vigilant de la dentition des enfants, c'est à lui qu'il appartient de prévoir au point de vue de l'avenir ce que l'on peut faire pour la beauté d'un sujet pour assurer le bon fonctionnement de sa denture.

Il est donc indispensable au dentiste de connaître l'orthodontie, c'est à lui à prévoir les conséquences possibles de son intervention et c'est à lui qu'il appartient d'intervenir. Ce n'est pas au moment où les spécialistes se servent presque exclusivement que d'un seul appareil qu'il convient d'affirmer que les dentistes ne peuvent s'occuper d'orthodontie.

M. Anéma. — Je n'ai pas dit cela. J'ai dit qu'en général les dentistes ne s'occupent pas de l'orthodontie. C'est autre chose.

M. P. Martinier. — Avec les études actuelles, il faut que l'orthodontie soit enseignée rationnellement et méthodiquement. Il faut qu'on arrive à unifier cet enseignement et à permettre aux dentistes d'être des orthodontistes sans être pour cela des spécialistes.

Peeso est un spécialiste au point de vue bridge et cependant tout le monde fait des bridges.

Par conséquent ce que je veux dire et ce que j'ai relevé dans vos paroles c'est que vous avez dit une vérité en affirmant que les dentistes n'étaient pas suffisamment versés en orthodontie. Or, c'est de la valeur des dentistes, au point de vue de la surveillance de la dentition des enfants, que dépendent beaucoup d'irrégularités au point de vue fonctionnel. Il ne faut donc pas que dans une ville de 40.000 habitants par exemple le dentiste puisse invoquer son incompétence et que les parents d'un enfant soient obligés d'avoir recours à un spécialiste, ce serait la négation absolue des bienfaits de l'orthodontie puisqu'on ne les réserverait qu'à un nombre infime de privilégiés et ce serait logiquement la déconsidération jetée sur le rôle du dentiste et sur ses études. Il faut que le dentiste moderne puisse exercer son art dans la plénitude de ses connaissances de manière à répondre entièrement aux besoins du public.

M. Frey. — Permettez-moi d'ajouter quelques mots, après M. Martinier. Il serait bon que nous tous, lorsque nous faisons une présentation d'orthodontie, nous prenions l'habitude de *diagnostics précis;* grâce à eux nous sommes à même de discuter les différentes interventions thérapeutiques possibles, leurs *indications* spéciales et aussi leurs *contre-indications*.

Je vois, par exemple, parmi vos modèles un cas d'atrésie; l'élargissement à obtenir est considérable. Que pensez-vous des méthodes de mensuration, celle de Pont par exemple, aboutissant à des barèmes, grâce auxquels on sait exactement de combien il faut élargir, pour mettre la bouche en harmonie avec la physionomie ?

Ne croyez-vous pas qu'avec ces barèmes on pourrait préciser tel ou tel genre d'intervention, tel ou tel appareil ?

M. Anéma. — M. Frey dit que l'élargissement est fait en harmonie avec la figure. En art peut-on mesurer quelque chose exactement ? Je ne le crois pas.

Je ne suis pas ennemi des méthodes de M. Pont et des autres qui essaient d'enregistrer autant que possible les résultats obtenus; mais, pour avoir un résultat, il faut regarder la figure du patient, et c'est sur cela que j'ai toujours insisté.

Je dis toujours: l'orthodontie est un art et il faut mettre les dents en harmonie avec la figure, d'après ce que j'ai appelé les lois de l'harmonie de la ligne dentaire et faciale.

Si on veut pour des raisons d'instruction mesurer l'expansion, le degré d'expansion, très bien, car je crois qu'il faut faire tous ses efforts pour essayer de faire entrer l'orthodontie encore plus qu'elle ne l'est actuellement dans les programmes d'enseignement. Notre science est restée trop empirique pendant longtemps,

maintenant elle se place dans l'art de guérir, à côté des autres sciences médicales.

Je dis encore, pour répondre à M. Martinier, que je suis très content vraiment que les dentistes s'occupent davantage d'orthodontie. Comme cela nous aurons bien plus de discussions intéressantes, comme nous en avons déjà eu ici.

III. — Enregistrement de la trajectoire condylienne par la méthode intrabuccale et règles a suivre dans le montage des modèles sur les articulateurs anatomiques, par M. Amoedo.

M. Amoëdo donne lecture d'une communication sur ce sujet.

Discussion.

Le président. — Vous venez d'entendre avec le plus grand intérêt la communication de M. Amoëdo, qui a eu le mérite d'être extrêmement claire. Ces recherches sont évidemment basées sur des idées communes à bien des auteurs précédents et nous devons le remercier d'avoir su présenter sous une forme aussi pratique le résultat d'une foule de communications qui ont été faites ces temps-ci notamment par MM. Gysi et Ruppe.

M. Choquet. — La communication de M. Amoëdo est excessivement intéressante et je reconnais qu'il a donné depuis plusieurs années une somme de travail considérable pour arriver à mettre cette question au point ou à peu près.

Ayant eu la bonne fortune d'avoir connaissance de son travail publié dans la *Revue de stomatologie*, travail qui n'est autre chose que celui qui nous est présenté ce soir, je me permettrai de lui faire quelques objections sur plusieurs points.

Reprenant son mémoire de la *Revue de stomatologie*, je relève tout d'abord l'opinion qui y est émise, et qui vient de nous être soumise à nouveau « Que chez l'enfant, jusqu'à l'âge de 10 à 12 ans, toutes les dents de l'arcade supérieure touchent au plan d'occlusion ».

C'est, si je ne m'abuse, vouloir reprendre une fois de plus la théorie de Tomes que j'ai combattue il y a plusieurs années, ce qui nous a permis, à M. Amoëdo et à moi, de rompre quelques lances. A cette époque, réfutant certaine phrase du traité d'anatomie dentaire publié par notre savant confrère anglais, j'ai attiré l'attention sur le fait que, chez l'enfant ne possédant que sa dentition temporaire, toutes les dents s'enlevaient au même niveau, mais qu'il n'en était plus de même si l'on s'occupait de l'adulte.

Dans les figures à grande échelle que M. Amoëdo nous montre ce soir, il est, à mon avis, fort regrettable que ce soient des figures schématiques et non des photographies agrandies, car, aux schémas l'on peut faire dire tout ce qu'on veut. Avec une photographie, au contraire, on ne voit que ce qui existe réellement. Ainsi dans cette figure, il est inadmissible que les incisives centrales et latérales puissent se trouver sur le même plan que les autres dents.

Cette figure est vue, non de profil, mais de trois quarts et est loin d'être concluante.

Voilà donc un premier point sur lequel je désirais attirer votre attention.

A mon avis, ce n'est pas sur la deuxième grosse molaire que doit commencer la ligne d'incurvation, mais au contraire sur la première, car celle-ci évolue en premier lieu, tantôt hâtivement, tantôt tardivement et je considère cette dent comme la clef de toute l'articulation.

M. Amoëdo dénomme cette ligne le plan d'occlusion. Je ne suis pas de son avis à cet égard.

En ce qui concerne le parallélisme entre ce plan d'occlusion et la ligne droite reliant la partie inférieure du conduit auditif externe à l'insertion de l'aile du nez, lors de la dernière réunion de la Société d'Odontologie, j'ai fait toucher du doigt à M. Ruppe certaines particularités dont il faut tenir compte à cause des variations pouvant exister dans la dimension : trou auditif externe, épine nasale antérieure.

M. Amoëdo ajoute encore ceci : A l'apparition des deuxièmes et troisièmes molaires il se produit un autre plan, formant en moyenne un angle aigu de 15 à 20 degrés avec le plan d'occlusion : c'est le plan de compensation. L'angle formé ainsi sera l'angle de compensation. Ce plan projeté en avant passe par la partie labiale du collet des incisives inférieures. Je ne vois pas la nécessité de transformer la dénomination « courbe d'occlusion ou courbe de Spee » auxquelles nous sommes habitués pour la remplacer par la définition : plan d'occlusion. C'est vouloir compliquer les choses et cela entraînerait forcément des confusions dans l'esprit de bien des confrères.

Laissez-moi vous signaler encore autre chose. M. Amoëdo nous dit : L'angle formé par la rencontre du plan de compensation sur le plan d'occlusion est en rapport direct avec l'inclinaison de la trajectoire du condyle.

Si je ne m'abuse, cette définition n'est autre chose que la reprise de l'idée, je dirai même plus, de la théorie que j'ai émise il y a passablement d'années lorsque j'ai démontré qu'il existe une re-

lation intime entre l'articulation temporo-maxillaire et la ligne d'occlusion. Une fois de plus, je répèterai ce soir que plus le condyle est emboîté d'une façon intense dans la cavité glénoïde, plus la ligne d'occlusion sera accentuée, le maximum de sinuosité existant au niveau de la première grosse molaire.

Au contraire, si l'articulation temporo-maxillaire est floue, mal délimitée, si le condyle n'est pas serré dans la cavité glénoïde d'une façon intense, on se trouvera presque toujours en présence d'une ligne d'occlusion se rapprochant de la ligne droite idéale de Tomes.

Je réclame donc la priorité à ce sujet.

Enfin M. Amoëdo ajoute encore : « Lorsqu'il n'y a pas de trajectoire condylienne inclinée, c'est-à-dire lorsque le condyle fait le mouvement de protrusion horizontalement, les incisives articuleront bout à bout, sans s'entre-croiser. Les cuspides des molaires et la direction de leurs surfaces d'occlusion sont aussi en rapport direct avec la trajectoire condylienne.

A une trajectoire très inclinée correspondent de longs cuspides. Les supérieurs auront leurs surfaces d'occlusion très inclinées en bas et en dehors et les inférieurs les auront inclinées en haut et en dedans, c'est-à-dire les supérieurs auront les surfaces triturantes regardant vers la joue et les inférieurs regardant vers le palais. »

Ceci équivaut encore à ce que j'ai dit à la même époque alors que j'ai signalé les relations existant entre l'articulation temporo-maxillaire et la ligne d'occlusion.

En effet à ce moment j'ai signalé le fait que chez les sujets pouvant effectuer des mouvements de diduction, l'on constatait toujours une abrasion des cuspides des molaires et de presque toutes les dents en forme de plateau.

Au contraire chez les sujets ne pouvant pas effectuer les mouvements de latéralité, le maxillaire inférieur ne peut que s'abaisser et se relever, ou bien encore il s'abaisse et est projeté en avant et en arrière pendant la mastication. Il va de soi qu'en pareil cas, l'abrasion des cuspides ne sera plus la même que dans le cas précédent, car ceux-ci seront taillés en biseau. La face palatine des cuspides des molaires supérieures aura disparu, tandis que, au maxillaire opposé, ce sont les cuspides vestibulaires qui auront été abrasés. C'est ce dernier phénomène que l'on constate surtout chez les grands anthropoïdes : gorilles, orangs-outangs, chimpanzés.

Enfin, pour terminer, je ne saurais trop m'élever encore une fois contre ce qui a été dit au sujet du triangle de Bonwill. Cette théorie du triangle équilatéral est une véritable utopie.

Malgré toutes les notes, tous les mémoires qui ont été publiés à ce sujet, il faut convenir que nous ne savons rien de précis, sauf un seul point : à savoir que, d'après Bonwill, on doit toujours pouvoir inscrire un triangle équilatéral dans un maxillaire inférieur, triangle dont un des sommets doit aboutir au bord libre des incisives inférieures et dont les deux autres sommets doivent être au niveau des condyles. Bonwill n'a jamais spécifié quelle partie du condyle l'on devait prendre comme point de départ, et aucun des protagonistes de ses idées n'a songé à combler cette lacune, ce qui fait que cette théorie, au sujet de laquelle on a fait tant de bruit pendant tant d'années dans la profession, tombe d'elle-même ayant eu pour seul résultat, à mon avis, d'embrouiller les idées des étudiants et des praticiens eux-mêmes. Doit-on prendre comme point de départ la face externe du condyle ou bien la face interne ou bien encore le milieu de cette surface articulaire ?

Autant de points d'interrogation auxquels il n'a jamais été donné de réponse par les partisans de la théorie de Bonwill. Au cours de mes recherches anthropologiques, j'ai été à même de constater que le triangle équilatéral parfait existait seulement dans la proportion de 2 °/₀ en prenant comme point de départ le milieu des condyles. Dans tous les autres cas, un des sommets, celui qui d'après Bonwill, doit toujours affleurer le bord libre des incisives inférieures était, soit en avant, soit en arrière de ce bord libre.

Les extrêmes peuvent être définis de la façon suivante :

En arrière, au niveau de la deuxième grosse molaire.

En avant, à trois centimètres du bord libre.

Cela n'a rien de surprenant, car, ainsi que je l'ai démontré lors d'une des dernières réunions de la Société d'odontologie, le maxillaire inférieur, à l'encontre des définitions qui en sont données, n'est pas un os absolument symétrique. Il peut varier dans la forme de ses condyles, dans le diamètre de ceux-ci, et cela sur le même sujet, dans leur obliquité, et enfin dans la longueur de la branche montante.

Que l'on dise que dans tout maxillaire inférieur il est possible d'inscrire une figure géométrique en forme de triangle, soit, car cela ne tire pas à conséquence, mais qu'on spécifie qu'on doit toujours avoir un triangle équilatéral de dix centimètres de côté, comme cela a été dit à un moment donné, voilà qui n'est pas admissible, et c'est pourquoi je m'élèverai toujours contre cette théorie qui n'est bonne qu'à embrouiller les idées de tous.

Une fois de plus je rends hommage à M. Amoëdo pour les résultats parfaits auxquels il est parvenu par tâtonnements, par son

esprit chercheur, mais ma conviction est que les améliorations qu'il a apportées à la construction des dentiers, il ne les doit en aucune façon à la théorie de Bonwill.

M. Georges Villain. — J'ai depuis bien des années employé la méthode que préconise ce soir M. Amoëdo : la prise de la trajectoire à l'aide de la boulette de cire, comme l'avait démontré Christensen lors de l'apparition de son articulateur. Pendant longtemps j'ai obtenu avec l'articulateur Christensen des résultats supérieurs à ceux obtenus avec tous les autres articulateurs. Dire que les résultats sont parfaits, sont toujours parfaits, c'est autre chose.

M. Amoëdo l'a dit tout à l'heure, il est extrêmement rare, malgré toutes les précautions prises et malgré un diagnostic très précis, d'obtenir un appareil qui ne nécessite pas quelques retouches.

Lorsque j'ai employé l'appareil de Gysi, il m'a semblé devoir donner des résultats meilleurs. Il y avait un peu moins de retouches à faire qu'avec l'articulateur de Christensen, mais l'emploi de cet articulateur dans les mains d'un mécanicien ne m'a jamais donné un résultat probant : il fallait toujours que je monte moi-même le dentier. Son emploi est donc difficile.

Lorsque nous faisons une retouche, nous la faisons aussi parfaitement que possible. Malgré cela nous détruisons en partie l'efficacité des dents artificielles dans la mastication. En outre, toutes les dents que nous offrent les fournisseurs ont des cuspides trop peu prononcées.

Si nous supposons que le malade peut donner 20 unités de pression avec ses dents naturelles, lorsqu'il sera porteur d'un appareil monté sur un articulateur physiologique, il pourra donner 16 unités si les dents artificielles sont modifiées et si elles sont bien montées. La raison de ces échecs, car nous devons considérer cela comme des échecs, réside dans la façon dont nous cherchons à prendre les différentes trajectoires. Walker parle de deux trajectoires, Gysi parle de trois trajectoires. Il y a une foule de trajectoires. Le maxillaire inférieur se meut comme sur la surface d'une sphère et si vous examinez les dents d'un maxillaire inférieur le vrai plan d'articulation est représenté véritablement par une surface de sphère.

Tous les dentiers montés sur articulateurs physiologiques, malgré l'enregistrement des diverses trajectoires, présentent une surocclusion des incisives insuffisante ; cela tient au manque de relation que nous observons dans leur construction entre la forme de l'arcade, la hauteur des cuspides et les mouvements.

Ce que nous remarquons dans la bouche, c'est que les différentes hauteurs des cuspides et de la surocclusion déterminent les

diverses formes d'arcades et les diverses combinaisons de mouvements mandibulaires. Nous devons nous baser par conséquent moins sur la recherche des différentes trajectoires que sur l'ensemble des mouvements multiples que nous pouvons faire parcourir à un maxillaire. S'il y a trois mouvements, ils se multiplient indéfiniment par leur combinaison. Si nous ajoutons à cela le respect de la forme de l'arcade, nous obtiendrons un résultat bien supérieur, mais ce résultat nous ne pourrons l'obtenir que lorsque nous aurons fait un travail patient de mensuration qui nous permettra d'observer les grands rapports qui existent entre la forme de l'arcade, le plan des cuspides, le plan incliné de la cavité glénoïde et l'ensemble des mouvements qui animent le maxillaire inférieur. Ce n'est que dans la bouche que nous pouvons trouver cela, c'est dans la bouche que nous l'obtenons pour les appareils partiels, c'est dans la bouche qu'il faut le chercher pour les appareils complets.

M. Ruppe, lorsqu'il nous a présenté son petit articulateur intra-buccal, a fait un premier pas dans cette voie. C'est la première réalisation issue de la théorie que j'enseigne depuis 1907.

Nos prédécesseurs nous ont indiqué les différents mouvements, les différentes trajectoires, nous devons maintenant chercher à obtenir par un moyen pratique l'articulation réelle de nos malades.

M. Choquet. — Je ferai remarquer à M. Amoëdo que dans ce crâne il y a une abrasion considérable des cuspides des dents.

Par conséquent nous nous rapprochons de la surface plane du plan d'occlusion.

M. Amoëdo. — La principale critique que vient de m'adresser M. Choquet s'adresse à ce plan d'occlusion. Eh bien dans toutes les mâchoires qu'il m'a été donné d'examiner, j'ai toujours trouvé que les 12 dents antérieures touchent à un même plan.

J'ai ici à ma disposition trois mâchoires. En voici une, vous voyez que toutes les dents touchent à un même plan. En voici une autre. C'est un enfant auquel je donne de 14 à 15 ans, probablement. Vous voyez que toutes les dents touchent à un même plan.

Bref toutes les mâchoires que j'ai examinées sont dans ce cas.

M. Choquet. — Vous avez ici une abrasion de la canine.

M. Amoëdo. — Nous parlons de généralités. Il ne peut pas y avoir contact de toutes les dents, il y a une inclinaison des molaires qui se rapproche de ce que vient de dire M. Villain, chaque dent a un mouvement particulier qui correspond à la fonction de l'articulation temporo-maxillaire, mais c'est une sinuosité particulière à chaque dent. *Grosso modo* en prenant dans l'ensemble, nous trouvons que les douze dents antérieures et supérieures correspondent à un même plan.

A propos de cela, j'ai eu tort d'apporter cette figure, je n'en réclame cependant pas la paternité, je l'ai trouvée dans le traité d'anatomie de Broomel. Je ne sais pas si c'est une erreur du dessinateur ou si la bouche était bien comme cela.

M. Choquet. — A mon avis ces cas en forme d'S sont fréquents.

M. Amoëdo. — Puisque M. Choquet a fait allusion à une petite discussion que nous avons eue il y a longtemps, je désire qu'il ne reste même pas l'écho de cela.

Il s'agissait de la ligne de Tomes. M. Choquet insiste et veut être plus royaliste que le roi. Il veut dire que Tomes prétend que toutes les dents sont dans une ligne droite. Or Tomes, dans une lettre qu'il m'a adressée dernièrement, m'écrivait qu'il n'a jamais dit cela. Dans son livre d'anatomie comparée il dit : Chez l'homme toutes les dents s'élèvent au même niveau. Il ne voulait pas dire par cela qu'il s'agissait d'une ligne droite. Il voulait dire seulement que les canines ne dépassaient pas les arcades. C'était là le sens des idées de Tomes et la preuve de cela c'est qu'il y a une figure dans son volume dans laquelle on voit une courbe ; les dents ne sont pas placées sur une ligne droite.

Un autre reproche que m'a fait M. Choquet — et qui est un peu injuste — c'est à propos de ce triangle équilatéral de Bonwill. Je demande votre témoignage, ai-je fait allusion au triangle équilatéral de Bonwill ?

M. Choquet. — Dans le travail que vous avez présenté à la Société de Stomatologie vous en avez parlé.

M. Amoëdo. — Cela n'entre pas dans la question ce soir.

M. Choquet. — Ce sont les mêmes figures.

M. Amoëdo. — Si je l'ai cité dans ce travail, ce que je ne nie pas, c'est parce qu'il y a 10 centimètres en moyenne et que dans les mensurations des anthropologistes on a trouvé cette mesure. On donne comme maximum 13 centimètres et comme minimum 7 centimètres d'un condyle à l'autre.

M. Choquet. — De quel point à quel point ?

M. Amoëdo. — Du centre. Les anthropologistes donnent comme mesures extrêmes 13 centimètres et 7 centimètres, dont la moyenne est 10 centimètres.

A propos de Bonwill, ce qu'il faut se demander, c'est ce qu'était la prothèse avant les travaux de Bonwill. C'est vraiment lui qui nous a mis dans la voie. Avant lui il n'y avait rien. Après lui nous avons eu Walker. S'il s'agit de rendre à M. Choquet la paternité de ces relations, je serai le premier à la lui rendre, mais je ne suis pas sûr que ce n'est pas Walker qui les a trouvées avant.

J'ai pour ma part trouvé cela la première fois dans les travaux de Gysi. Il donnait avec les mensurations le degré de l'articula-

tion condylienne et les degrés des différents plans des molaires. Il a mesuré et il a fait ses proportions.

Pour corroborer ce que vient de dire M. Choquet à propos du triangle de Bonwill, je suis de son avis qu'il ne faut pas prendre comme moyenne les côtés de cet angle de 10 centimètres et partir de là pour monter tous les appareils à 10 centimètres. Il y a des différences très grandes d'un individu à l'autre; ces différences, comme nous venons de le dire, varient entre 7 et 13 centimètres. Or il faut pour chaque individu placer les appareils à la distance qu'ont les condyles de cet individu.

Voici un cas très caractéristique. Dans cette bouche-là j'ai pris les mensurations avec l'arc de Snow. En mettant sur l'articulateur je trouvais que la mâchoire s'en allait du côté gauche. Je me suis dit : Il y a erreur, j'ai rectifié à nouveau du côté gauche. J'ai pris l'enregistreur de Gysi et je l'ai monté tel que cela a été dit. Or vous voyez que le centre se trouve à gauche de la ligne médiane.

Ensuite j'ai pris un compas. Une pointe du compas atteignait les incisives et l'autre pointe le conduit auditif externe. Le côté droit marquait un centimètre de plus que le gauche.

M. Choquet. — Ceci concorde avec la communication que j'avais faite lors de la dernière séance.

M. Amoëdo. — C'est pour cela que je ne vous apporte pas comme ligne de conduite exclusive le triangle équilatéral de Bonwill, je vous l'apporte comme une moyenne.

M. Choquet. — Je suis absolument de votre avis. Si j'ai élevé la voix contre le triangle équilatéral de Bonwill, c'est que je considère cela comme une utopie.

M. Amoëdo. — On considère cela comme un moyen, c'était un début et placer les appareils à 10 centimètres c'était déjà se rapprocher de la normale.

M. Choquet. — Pour mettre une fois pour toutes la question au point à ce sujet, je m'inscris pour le mois de juin pour une communication sur le triangle équilatéral de Bonwill.

Le président. — Nous devons remercier très vivement M. Amoëdo de sa très intéressante et importante communication qui a le mérite, comme je le disais tout à l'heure, d'être extrêmement claire, excessivement pratique pour nous.

Non seulement il nous a beaucoup intéressés, mais nous profiterons tous de son travail dans notre pratique journalière.

La séance est levée à 11 heures 1/2.

Le secrétaire général,
R. LEMIÈRE.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DU NORD DE LA FRANCE

La fête du Syndicat dont nous avons publié le programme dans notre dernier numéro a eu le plus grand succès. Une quarantaine de confrères de la région du Nord y assistaient, ainsi que quelques dames.

Les groupements parisiens avaient des représentants : M. Blatter (F. D. N. et A. G. S. D. F.) ; M. Achille Audy (Section d'odontologie de l'A. F. A. S.) ; MM. Tzanck et Hugot (Cercle odontologique) ; M. Bruel (Syndicat des chirurgiens-dentistes de France) ; M. Francis Jean (Association française d'hygiène dentaire).

Après la réception par M. Joly, président du Syndicat des chirurgiens-dentistes du nord de la France, qui a souhaité la bienvenue aux confrères, les membres se sont rendus à l'hôtel du Périgord pour assister à une conférence de M. Delair sur « L'évaluation des honoraires des chirurgiens-dentistes pour l'application d'appareils de prothèse restauratrice ». Notre distingué confrère, avec beaucoup d'habilité, a su indiquer comment on peut fixer la valeur de ces appareils susceptibles de rendre de si grands services à la clientèle.

M. Delair, au cours de sa conférence très documentée, a présenté une série de travaux pouvant être exécutés par les chirurgiens-dentistes. Cette conférence a obtenu le plus grand succès.

A midi, sous sa présidence, un banquet très cordial réunissait tous les confrères. Des toasts y ont été prononcés. M. Joly, dans un discours aimable, a exposé la genèse du Syndicat qu'il préside, le rôle qu'il doit jouer : défendre les intérêts des praticiens de cette région, tout en conservant son autonomie. Au cours de son allocution il a informé officiellement le président de la F. D. N. que le Syndicat adhérait au Congrès de Londres.

Puis, successivement, ont pris la parole : MM. Bruel, Blatter. (dont on trouvera le discours plus loin), Francis Jean, Audy, qui a adressé un appel pour le Congrès du Havre, et Delair. Ce dernier a engagé le Syndicat nouvellement créé à se cantonner strictement dans l'action syndicale de sa région et laisser aux Sociétés scientifiques le soin de faire de la science, à la F. D. N. le soin d'organiser les Congrès, et aux écoles le soin de faire de l'enseignement. Il a terminé par ces mots : « L'action du Syndicat du nord pour et par le Syndicat du nord. »

Un souvenir a été offert par ce Syndicat à M. Delair à titre de remercîments.

Après le banquet, tandis que les membres actifs tenaient leur assemblée générale, les invités visitaient la ville sous la conduite de notre très aimable confrère, M. Dupuy, doyen des dentistes de la région.

Il serait à souhaiter qu'il se formât dans les diverses régions de la France des syndicats de ce genre, avec des manifestations semblables, animés des mêmes sentiments d'union, de bonne confraternité et de libéralisme, car ces créations auraient le meilleur effet pour la défense des intérêts odontologiques.

Il y a lieu de féliciter M. Joly et ses collègues du Bureau de leur création et de les remercier de la belle fête qu'ils ont organisée, ainsi que de l'accueil particulièrement cordiale qu'ils ont réservé aux invités.

Discours de M. Blatter.

Mesdames, Monsieur le président, mes chers confrères,

Je dois avant tout remercier votre aimable président, M. Joly, de la bonne pensée qu'il a eue d'inviter la Fédération dentaire nationale et l'Association générale syndicale des dentistes de France à se faire représenter à votre réunion. La Fédération et l'Association, appréciant hautement l'honneur qui leur était fait, se sont empressées de désigner, la première, son président, la seconde son président sortant. L'une et l'autre m'ont chargé d'apporter leurs vœux de prospérité au Syndicat des chirurgiens-dentistes du Nord de la France et d'adresser leurs félicitations à l'instigateur actif de cette nouvelle société, M. Joly, dont nous connaissons tous le dévouement à la profession et les idées désintéressées en matière d'union et de solidarité professionnelle.

J'ajoute que, pour ma part, je suis extrêmement heureux d'avoir été choisi pour cette agréable mission, qui me vaut le grand plaisir de me trouver parmi vous.

Cette occasion, d'ailleurs, ne sera pas la seule, je l'espère du moins. Cette année en effet, la corporation dentaire française a deux manifestations importantes, auxquelles elle se doit de prendre part : l'une nationale, l'autre internationale. La première est le Congrès du Havre, véritable congrès de la profession sous le patronage de l'Association française pour l'avancement des sciences, la plus vaste et la plus puissante société scientifique de France. Au nom de la Fédération, j'engage tous nos confrères à y assister, afin d'assurer le succès de cette réunion, qui s'annonce

sous les meilleurs auspices, grâce à l'activité déployée par son président, M. Achille Audy.

La seconde manifestation est le congrès de Londres, qui aura le plus grand retentissement mondial. Vous savez que les dentistes étrangers sont toujours très nombreux dans ces assises internationales, tandis que les Français, dédaigneux sans doute de s'y rendre ou tenant à justifier une vieille opinion, un peu inexacte aujourd'hui, que nos compatriotes ne voyagent pas, n'y sont jamais qu'en groupe infime. C'est cependant un devoir professionnel pour eux d'être nombreux dans ces réunions pour y représenter cemme il convient l'Odontologie française et lui faire occuper dignement le rang qu'elle mérite; c'est aussi un devoir patriotique de ne pas se laisser éclipser volontairement par les praticiens des autres pays.

La Fédération dentaire nationale, qui s'intéresse tout spécialement aux Congrès nationaux et internationaux, vous a adressé par voie de circulaire un pressant appel en faveur de ces congrès. Je tiens à profiter de ma présence ici pour vous renouveler cet appel et souhaiter qu'il soit entendu.

La Fédération s'intéresse vivement aussi aux questions d'hygiène dentaire, capitales pour le développement et l'avenir de la profession. Elle comprend deux sociétés d'hygiène qui font preuve d'une grande activité : *le Comité national français d'hygiène* et *l'Association française d'hygiène dentaire.* Il est du rôle et du devoir du spécialiste des maladies des dents de répandre les notions de cette hygiène, d'en vulgariser les règles, d'en montrer les bienfaits pour le bien général, pour l'intérêt public d'abord, pour son profit personnel ensuite. Il est clair, en effet, que plus la nécessité des soins de bouche sera démontrée et reconnue, plus la population de toutes les classes l'observera et recourra pour cela à l'intervention du dentiste, et ce sera là un excellent moyen de combattre et de faire cesser la pléthore dont on se plaint parfois.

En terminant ce court exposé des idées et des principes de la Fédération et du but qu'elle poursuit, permettez-moi de vous engager à venir à elle. Respectueux de l'autonomie des sociétés qui la composent, elle n'a d'autre visée que de représenter et de défendre les intérêts généraux de la profession, et elle le fera avec d'autant plus d'autorité qu'elle sera plus grande et plus forte.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

Assemblée générale du 21 février 1914.

Rapport présenté par M. Henri Villain,
Secrétaire général.

Depuis l'assemblée générale du 27 septembre dernier la Fédération dentaire nationale n'est pas demeurée inactive. Elle a placé au premier rang de ses préoccupations et de son action les questions vitales pour la profession, c'est-à-dire la réglementation et l'amélioration de la situation des chirurgiens-dentistes sous le rapport militaire. Elle a, en continuant ses démarches, demandé à la Commission de l'armée du Sénat, saisie de l'examen de projet de loi modificatif de la loi du 7 août 1913 sur le recrutement de l'armée :

1° Que les jeunes gens pourvus du diplôme de chirurgien-dentiste ou de huit inscriptions en chirurgie dentaire soient, après leur première année de service militaire, affectés aux cliniques dentaires régimentaires ou aux services spéciaux des hôpitaux militaires avec le titre de dentiste militaire (un règlement d'administration publique devant déterminer leur situation dans le corps de santé militaire et les conditions dans lesquelles ils pourront y obtenir des grades) ;

2° Que les étudiants en chirurgie dentaire puissent, comme tous les étudiants de l'enseignement supérieur, bénéficier des sursis d'incorporation après la prise au moins d'une inscription de scolarité.

Sur le premier point, nous n'avons pas encore de résultat ; sur le second, au contraire, nous avons la satisfaction de pouvoir vous annoncer que deux sénateurs, MM. Paul Strauss et Combes, ont bien voulu déposer un amendement nous donnant satisfaction. Nous les avons remerciés déjà. Mais je crois qu'il y a lieu de profiter de la présente assemblée pour leur exprimer à nouveau notre gratitude. Cet amendement est actuellement soumis à la Commission.

M. Méquillet, député, s'est, comme vous le savez, beaucoup occupé également de l'amélioration de la situation des dentistes au point de vue militaire.

D'autre part, la Fédération, informée qu'une circulaire du

Ministre de la Justice aux procureurs généraux en date du 11 juin 1912 recommandait à ces magistrats de ne pas confier, en cas d'expertises entre docteurs dentistes et leur clientèle, ces expertises à des chirurgiens-dentistes, une pétition a été adressée au Ministre pour obtenir l'abrogation de cette circulaire et les démarches seront continuées à cet égard jusqu'à ce qu'un résultat positif ou négatif ait été obtenu.

Conformément à l'article 2 de ses statuts, la Fédération s'est occupée des congrès nationaux et internationaux qui doivent avoir lieu en 1914 et même en 1915 et elle a commencé une propagande active en faveur de la participation de la profession française à ces congrès.

Le premier en date est celui du Havre (27 juillet) qui a lieu comme section d'odontologie de l'Association française pour l'avancement des sciences et est présidé par M. Achille Audy.

Une circulaire a été adressée le 22 décembre par la Fédération aux sociétés adhérentes pour qu'elles engagent leurs membres à assister à cette réunion nationale.

Immédiatement après s'ouvrira le 6e Congrès dentaire international à Londres, qui durera du 3 au 8 août. La Fédération a de même adressé aux sociétés adhérentes, le 10 novembre, un appel pour que les adhésions à ces assises internationales soient particulièrement nombreuses.

A la demande du Comité d'organisation anglais, la Fédération a présenté une liste de dix présidents d'honneur français des dix sections, liste qui a été ratifiée et nos dix confrères ont reçu récemment leur nomination officielle en cette qualité, sur la présentation de la Fédération.

A la demande de ce Comité également, la Fédération a désigné un dentiste français pour prendre la parole à la séance d'ouverture, au nom de la France, et un dentiste français pour faire une communication scientifique l'après-midi.

Enfin, le Congrès du Panama-Pacifique aura lieu à San-Francisco (Californie) en août 1915, et la Fédération a, de même que pour les autres, adressé, le 10 décembre, un appel aux sociétés adhérentes en faveur de ce congrès.

La Fédération s'est aussi occupée de questions de moindre importance, c'est ainsi que le journal *Le Matin* ayant publié le 18 décembre un article sur l'anesthésie sans citer le nom d'Horace Wells, et, le 28 novembre, un article dans lequel Jackson était représenté comme ayant découvert l'anesthésie, des lettres rectificatives ont été adressées par votre secrétaire général à ce journal.

Le rôle de la Fédération dans la question de la prescription et

de la délivrance des substances toxiques vous est connu par ce qui a été dit et publié antérieurement. Nous vous informerons seulement que l'Académie de médecine, saisie de la question, a émis l'avis qu'un règlement d'administration publique détermine les substances que peuvent prescrire les chirurgiens-dentistes.

A l'assemblée générale du 27 septembre dernier il a été formulé, vous vous le rappelez, des propositions tendant à la nomination de présidents d'honneur de la F. D. N. Le Comité exécutif, après examen de la question, a décidé qu'il n'y a pas lieu, jusqu'à nouvel ordre de proposer de nominations à cette présidence d'honneur.

Telles sont, mes chers confrères, les communications que le Comité exécutif m'a chargé de vous faire.

Pour mémoire, il est bon de mentionner que le Bureau de la Fédération a tenu quatre réunions : les 7 octobre, 10 et 27 novembre et 23 décembre et que le Comité exécutif s'est réuni le 6 février.

En terminant ce rapport sur l'action de la Fédération, je crois devoir vous faire part d'un document dont nous avons eu connaissance récemment : il s'agit d'une proposition de loi sur l'exercice de la médecine.

Il a été déposé à la 2e séance du 11 février 1913 de la Chambre des députés par MM. Charles Deloncle, député de la Seine, Abel Lefèvre, député de l'Eure et Lagrosillière, député de La Martinique, une proposition de loi tendant à reviser la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, proposition qui a été renvoyée immédiatement à la Commission de l'enseignement et des Beaux-Arts.

Le *Journal officiel* du 12 février 1913, qui rend compte de cette séance, mentionne, dans le sommaire, ce dépôt en 5 lignes, page 327, et y consacre 8 lignes dans le compte rendu sténographique, page 346. Puis le silence s'est fait autour de cette proposition, qui n'a été publiée nulle part, lorsque le *Journal officiel* du 5 février 1914, c'est-à-dire un an après, a reproduit dans ses *Annexes de la Chambre* sous le nº 2.523, pages 257 à 259, ce document que nous aurions eu intérêt à connaître plus tôt.

Il convient de dire que le *Journal officiel* comporte deux abonnements différents, l'un sans les annexes, c'est-à-dire l'édition courante répandue partout, à 18 francs par an, l'autre avec les *annexes* coûtant 40 francs. Ajoutons que, de même, la vente au Bureau du journal lui-même de numéros isolés ne comprend pas les annexes, qui se vendent à part.

Nous n'entrerons pas, pour l'instant, dans l'examen de cette proposition, notre but étant simplement de vous la signaler, en

vous demandant de la renvoyer à notre Comité exécutif pour prendre toutes les mesures que la situation comportera dans le cas où cette proposition serait examinée par une Commission parlementaire et viendrait à l'ordre du jour de la Chambre ou du Sénat, ce qui est tout à fait improbable, vu la fin prochaine de la législature, qui la rend caduque.

Pourtant nous tenons à vous dire que la proposition maintient le titre de chirurgien-dentiste et crée à côté celui de docteur en chirurgie dentaire, qui pourrait être obtenu par tous les chirurgiens-dentistes ; elle limite à ces deux catégories de praticiens seulement le droit d'exercer l'art dentaire, le maintient dans les conditions actuelles aux dentistes patentés avant la loi de 1892, et le retire aux docteurs en médecine s'ils n'ont pas subi les examens de chirurgien-dentiste après deux ans d'études pratiques contrôlées dans une école dentaire ou s'ils ne sont pas docteurs en chirurgie dentaire.

La proposition relève notablement les peines édictées en matière d'exercice illégal, d'usurpation de titre, d'exercice sous un pseudonyme, sous l'anonymat, en y ajoutant la prison et la publicité des jugements de fermeture des officines. Elle réprime sévèrement, en un mot, l'exercice illégal, quelle qu'en soit la modalité, par des dispositions véritablement trop draconiennes et attentatoires à la liberté individuelle, qui n'ont aucune chance d'être adoptées par aucun Parlement.

Nous bornerons à cette remarque ce que nous croyons devoir dire à ce sujet, en regrettant toutefois que le titre de docteur en chirurgie dentaire ne soit pas substitué à celui de chirurgien-dentiste, afin de ne pas créer des praticiens de 1re et de 2e classe, et nous déposons le projet sur le Bureau de la Fédération.

CORRESPONDANCE

Nous avons reçu de M. Hémery, en réponse à l'article bibliographique que nous avons consacré à son livre « La couronne à pivot », une lettre que ses termes ne nous permettent pas de publier.

Toutefois nous pouvons dire que M. Hémery se plaint de la vivacité de nos critiques. Mais, après la lecture d'appréciations professionnelles que nous avons reçues au sujet de ce même ouvrage, il nous semble que nous sommes resté dans la note juste.

H. V.

NÉCROLOGIE

Notre confrère M. Jules Delétang, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'avoir la douleur de perdre son père, M. Honoré Edouard Delétang, à l'âge de 70 ans.

L'inhumation a eu lieu le 11 de ce mois.

Nous adressons à notre confrère nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Fédération dentaire nationale.

Une assemblée générale extraordinaire de la Fédération dentaire nationale a eu lieu le 16 mai, à 8 heures 1/2 du soir, à la mairie du VIII[e] arrondissement, rue d'Anjou, Paris.

L'Assemblée a désigné M. Blatter pour représenter la Fédération dans le Comité de patronage du Congrès d'hygiène bucco-dentaire de Lyon.

Elle a désigné ensuite MM. Godon, Roy, Pont, Lebedinsky et G. Villain comme délégués à la Fédération dentaire internationale pour une nouvelle période.

Elle a entendu un exposé de M. Roy sur l'action du Comité national français d'hygiène dentaire et émis à ce sujet le vœu : « Que la loi en préparation à la Chambre des députés n'entrave pas le fonctionnement des cliniques dentaires scolaires existantes et leur permette au contraire d'étendre ces œuvres si importantes pour la santé des enfants des écoles ».

M. Rosenthal, de Bruxelles, président de la F. D. N. belge, qui assistait à la séance, a invité les confrères français à venir à l'inauguration de l'École dentaire belge en octobre prochain.

L'assemblée a émis le vœu également que le Congrès du Havre s'occupe de questions d'hygiène dentaire et qu'il en soit ainsi chaque année à la section d'odontologie de l'A. F. A. S., afin que ces questions se répandent en province. Elle voudrait aussi que les Comités locaux d'organisation des Congrès annuels se transforment en Comités régionaux d'hygiène dentaire et continuent d'exister.

La Maison des chirurgiens-dentistes allemands.

L'inauguration solennelle de la *Maison des chirurgiens-dentistes allemands* a eu lieu à Berlin le 20 mai, à midi.

La séance d'inauguration s'est tenue dans la grande salle de l'immeuble situé 104 Bülowstrasse et a été suivie de la visite des locaux. Le soir, à 8 heures, banquet.

Des invitations avaient été adressées par le Président, le Prof. Guttmann, à la F. D. N., à l'A. G. S. D. F. et à l'Ecole dentaire de Paris.

Ecole de chirurgie dentaire de Montréal.

Les examens pour le doctorat en chirurgie dentaire se sont terminés le 1er mai à l'Ecole de chirurgie dentaire de l'Université Laval à Montréal (Canada), et au nombre des nouveaux docteurs nous relevons les noms suivants: Mme Mathilde Nahr, femme du chirurgien-dentiste de ce nom à Metz ; M. Gustave Monti, du Caire (Egypte) et M. Aloys Favez, de Fribourg (Suisse).

En Russie.

Une Commission s'est réunie à Saint-Pétersbourg pour examiner la réglementation des chirurgiens-dentistes. Elle a décidé de modifier les dispositions existantes et de remplacer les écoles dentaires par des instituts auxquels seraient conférés les droits des établissements d'enseignement privé de la première catégorie.

Syndicat des chirurgiens-dentistes allemands.

Le Syndicat des chirurgiens-dentistes allemands a tenu son assemblée générale annuelle le lundi 13 avril à Berlin. Il compte actuellement 3.200 membres, répartis en 35 grandes sections sur toute l'Allemagne. Les rapports des sections touchant les caisses de secours en cas de maladie et les cliniques dentaires scolaires ont provoqué d'intéressantes discussions. L'assemblée s'est prononcée en faveur de la création de ces cliniques, nécessaires au point de vue social et économique.

34e ANNÉE. N° 11. 15 JUIN 1914 VOL. LI

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LYMPHANGITE GÉNIENNE

Par Maurice ROY.

Professeur à l'École dentaire de Paris.

Dentiste des hôpitaux.

(Communication à la Société d'Odontologie.)

Je voudrais vous relater l'observation d'un cas que j'ai observé il y a quelques mois dans ma pratique et où le diagnostic était particulièrement délicat à poser; ce cas est intéressant à la fois par sa rareté et par les erreurs d'interprétation auxquelles il aurait pu donner lieu.

Il s'agit d'une fillette de neuf ans qui présentait depuis quelques jours, au niveau du maxillaire inférieur, une douleur ne paraissant pas en relation avec une cause appréciable et qui, par sa persistance et en raison des antécédents pathologiques de l'enfant, inquiétait un peu son médecin qui me l'adressa afin d'avoir mon avis.

Les antécédents de cette enfant étaient en effet assez intéressants. Deux ou trois ans auparavant, elle avait présenté des accidents de tuberculose du sac lacrymal, tuberculose dont l'origine n'avait pu être découverte et à la suite de cet accident oculaire elle avait eu un abcès dans la région malaire gauche qu'on avait dû inciser et qui s'était guéri, mais en laissant une cicatrice indélébile.

Malgré ces accidents, l'enfant était restée bien portante, elle n'avait pas de tuberculose pulmonaire, l'infection paraissant s'être bornée à des manifestations locales.

En examinant l'enfant, la première chose qui frappait c'était une asymétrie faciale notable due à une tuméfaction de la joue du côté gauche, surtout marquée au niveau du maxillaire inférieur ; la peau était de coloration normale et la tuméfaction molle, diffuse, paraissait de nature œdémateuse ; elle n'était pas douloureuse dans son ensemble mais en explorant la face, dans la région du maxillaire inférieur, on constatait une sensibilité très nette, sans être extrêmement aiguë, à un niveau correspondant à peu près à la pointe de la racine de la première grosse molaire permanente. En explorant le maxillaire avec soin on ne constatait de douleur dans aucune autre région, celle-ci n'existait que dans la zone extrêmement limitée que nous avons indiquée lorsqu'on appuyait sur le plan osseux. Il s'agissait d'une enfant pas du tout timorée et répondant d'une façon très claire aux questions qu'on lui posait.

Les ganglions sous-maxillaires étaient légèrement indurés mais cela existait paraît-il depuis les accidents oculaires.

J'examinai alors la bouche et je constatai que celle-ci était en très bon état. L'enfant avait ses quatre dents de six ans, ses incisives permanentes, ses molaires et canines temporaires. La dentition était donc en rapport avec son âge.

Toutes les dents étaient saines ou ne présentaient que de très légères caries, aucune sensibilité à la percussion ; la bouche, bien entretenue, ne présentait pas trace de gingivite. Aucune tuméfaction n'existait dans le sillon vestibulaire dont la muqueuse était de coloration normale.

Il ne paraissait donc y avoir rien ni du côté des dents ni du côté des gencives pouvant expliquer et l'œdème de la joue et la douleur constatée au niveau du maxillaire inférieur.

On aurait pu penser, étant donné les antécédents de

l'enfant, à quelque manifestation d'ostéo-périostite du côté du maxillaire, mais ayant constaté l'intégrité parfaite des dents et des gencives, ayant constaté qu'il n'y avait aucune dent en voie d'éruption, aucune porte d'entrée quelconque à une inflammation ou une infection de l'os, j'écartai toute idée de périostite du maxillaire inférieur, celle-ci étant généralement liée, même dans ses formes baccillaires, à une infection d'origine dentaire ou buccale; j'en revins alors, pour expliquer les phénomènes que je constatai, à une petite chose qui avait attiré mon attention dès le début de mon examen.

Cette petite malade — c'était en hiver que la chose se passait — présentait en effet au niveau de la lèvre inférieure une crevasse assez profonde, une gerçure comme on en rencontre assez fréquemment chez certaines personnes sous l'influence du froid.

Je demandai à la mère depuis combien de temps cette crevasse existait ; elle me répondit que l'enfant l'avait depuis quelques semaines et qu'elle en avait fréquemment de semblables en hiver.

Ayant donc éliminé toutes les autres causes, j'en arrivai à conclure que cette gerçure de la lèvre inférieure pouvait bien être la cause des accidents en présence desquels je me trouvai ; je pensai en effet qu'une infection pouvait s'être faite à ce niveau et avoir déterminé de l'inflammation du réseau lymphatique de la face, d'où l'œdème constaté, et, bien que l'on ne perçut aucun ganglion apparent, au niveau du point douloureux, je pensai, étant donné le siège de celui-ci, pouvoir attribuer la douleur localisée du maxillaire inférieur à une légère inflammation d'un ganglion génien du groupe que l'on rencontre entre le masséter et le triangulaire des lèvres ; ce ganglion, encore insuffisamment enflammé pour être senti par la palpation, était sensible lorsqu'il se trouvait comprimé entre le doigt et le plan résistant du maxillaire.

Je prescrivis donc des applications permanentes pendant deux jours de tampons d'ouate hydrophile imbibés d'une

solution antiseptique sur la crevasse de la lèvre, puis, au bout de ce temps, des applications de stérésol, vernis antiseptique pour les plaies muqueuses, afin de faire cicatriser cette petite plaie.

J'eus alors la satisfaction de voir très rapidement se confirmer le diagnostic un peu délicat que j'avais posé, car, au bout de quelques jours, sous l'influence de ce simple traitement, l'œdème de la joue et la douleur localisée du maxillaire inférieur avaient complètement disparu et ne se sont pas reproduits depuis, ayant recommandé aux parents d'éviter la production de nouvelles crevasses par des applications fréquentes de beurre de cacao sur les lèvres et une antisepsie rigoureuse de la bouche et des lèvres.

En voyant ainsi se confirmer le diagnostic que j'avais porté, les parents me rapportèrent un fait intéressant dont les circonstances actuelles les faisaient se souvenir : lorsque l'enfant avait eu, deux ans auparavant, un abcès dans la région malaire que l'on avait attribué à l'infection lacrymale qu'elle présentait à ce moment, elle avait en même temps une crevasse de la lèvre supérieure qui avait duré assez longtemps et les parents se demandaient s'il ne fallait pas voir dans cette gerçure de la lèvre la cause de cet abcès préauriculaire. Je ne pus leur rien dire d'affirmatif à ce sujet, mais la chose n'est pas impossible car on rencontre également des ganglions géniens dans la région malaire et il est très possible que, par le même mécanisme que dans le cas que j'avais observé, une injection partie de la lèvre supérieure cette fois se soit propagée à ce groupe ganglionnaire et ait déterminé une adénite suppurée dans cette région.

Cette intéressante observation attire une fois de plus l'attention sur les ganglions géniens dont la présence ne se révèle guère, la chose est intéressante à constater, que chez les sujets entachés de tuberculose, ce qui était le cas de ma petite malade. Il est bon de noter également que ces ganglions sont plus fréquemment atteints par les infections cutanées ou muqueuses que par les infections d'origine

dentaire qui intéressent plus fréquemment les ganglions sous-maxillaires.

L'infection des lymphatiques de la face peut, on le voit par cette observation, donner quelquefois naissance à des phénomènes d'interprétation un peu difficile mais dont il y a intérêt à déceler de bonne heure la nature car ils peuvent être suivis de suppuration ganglionnaire, complication particulièrement intéressante à éviter dans une région comme la face.

DE LA RECALCIFICATION

Par M. Jolivet,

Démonstrateur à l'École dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie).

Bien que le sujet que je vais traiter devant vous soit loin d'être nouveau, je le juge néammoins très intéressant au point de vue dentaire ; aussi insisterai-je tout particulièrement sur certaines considérations qui pourront vous sembler un peu longues.

De nombreux auteurs se sont déjà occupés de la question, je citerai tout d'abord M. Galippe et M. Ferrier qui fut le premier de tous à envisager la décalcification comme une des manifestations les plus importantes de la tuberculose, la conséquence des longues convalescences et toutes les maladies osseuses ; il nous montra que ces manifestations étaient souvent précédées de décalcification dentaire sous forme de caries fréquentes à récidive et que le dentiste pouvait jouer un rôle très utile en signalant à ses malades cet état dont la connaissance précoce pouvait éviter bien des conséquences et permettre un traitement rapide de la tuberculose par le médecin et par cela même amener une guérison certaine. Je citerai, à la suite, les remarquables travaux qu'ont faits M. le Dr Sergent et le professeur Albert Robin et, parmi les travaux se rapportant plus spécialement à l'art dentaire, ceux de M. Delpache, dans le *Journal dentaire Belge,* sur les dents et la tuberculose ; du docteur Rosenthal, sur la carie dentaire, et la tuberculose (communication faite au Cercle Odontologique de France) ; de M. de Nevrezé ; enfin, ici même de M. Roussel qui est venu nous montrer le traitement efficace que nous pouvons apporter au cours de la grossesse contre la décalcification chez la mère et pour la formation d'un bon squelette et de bonnes dents chez le fœtus.

Je me permettrai de vous résumer le point de départ des idées de M. Ferrier : dans son travail, nous remarquerons trois idées :

1° M. Ferrier constata que chez les vieillards, dont on examinait les poumons par autopsie, on trouvait dans une proportion très considérable des tubercules crétacés, c'est-à-dire d'anciennes lésions de tuberculose qui s'étaient trouvées guéries toutes seules de la façon la plus simple, par calcification, par enveloppement en un mot, d'une couche de chaux autour de la lésion tuberculeuse. — J'ai eu l'occasion de faire à ce sujet la même constatation, ayant été admis pendant mon temps d'étudiant dans le service du Dr Marie à l'hôpital de Brévannes, où j'ai eu l'occasion d'assister souvent à des autopsies de vieillards au cours desquelles ces faits se sont montrés extrêmement probants ;

2° M. Ferrier remarqua d'autre part la coïncidence qui se produit dans les poussées aiguës de tuberculose pulmonaire et de décalcification dentaire ; si l'individu s'améliore au point de vue pulmonaire et que sa poussée diminue, la décalcification s'arrête dans des proportions sensibles ; inversement, si le processus de carie dentaire augmente souvent, la poussée pulmonaire se complique et devient plus grave. J'ai été à même de vérifier ces états personnellement, et au point de vue uniquement dentaire, tant à l'hôpital de Brévannes qu'au sanatorium d'Angicourt : dans ce dernier établissement j'ai fait les constatations suivantes, c'est que des malades soumis à un régime de recalcification très énergique que leur donne M. Kuss et qui comporte, entre autres, l'administration d'une certaine poudre qu'il appelle la « poudre saturante », riche en carbonate de chaux, chez ces malades, dis-je, j'ai constaté au bout d'un certain nombre de mois la formation de dentine secondaire dans des caries du second degré que j'avais simplement obturées avec la pâte de Witzell ; je reviendrai du reste sur ces faits dans le courant du travail.

3° M. Ferrier constata aussi que les malades décalcifiés, quelle que fût la cause de la décalcification, rachitisme,

tuberculose, etc., « nageaient entre deux eaux », suivant son expression, c'est-à-dire que si ces malades se baignaient, ils pouvaient se maintenir sans efforts au fond de la baignoire pendant les périodes où s'arrêtaient les pertes de chaux, mais que lorsque ces pertes de chaux augmentaient ils n'en étaient pas capables, ils flottaient. Chez tous ces malades il remarqua des caries molles, accompagnées d'une perte générale de phosphates. Il pensa donc qu'il fallait non seulement éviter toutes ces fuites de chaux, mais aussi les remplacer et les compenser par l'introduction dans l'organisme de sels de chaux capables de s'y fixer et de le recalcifier.

Cette hypothèse coïncide avec certaines données géologiques qui montrent l'importance de l'eau de boisson prise par l'individu dans le processus de décalcification et de carie dentaire ; M. Ferrier a pu s'assurer en comparant les tables de mortalité par tuberculose que la tuberculose est beaucoup plus fréquente dans les zones à sol granitique et à eau peu calcaire.

Ici, un point très important : il ne faut pas confondre eau bicarbonatée calcique avec eau sulfatée calcique car, cette dernière, au lieu d'être calcifiante est, au contraire, décalcifiante. A ce sujet, M. le Dr Sergent fait remarquer que les stations qui passent pour favorables aux tuberculeux, telles Cannes, Menton, Grasse, Alger, Lysin, Berck sont situées en terrains calcaires et alimentées par des sources riches en bicarbonate de chaux, on peut même, à titre documentaire, citer la petite ville de Redon dans l'Yonne, où la tuberculose sévissait d'une façon considérable et où elle devint fort rare le jour où on construisit dans le pays des fours à chaux.

La clinique fournit de son côté de précieux arguments en faveur des idées de M. Ferrier, en établissant que le rôle du régime alimentaire et de certains états physiologiques, telle la grossesse, ou pathologiques, telles l'hyperacidité gastrique, les entérites, etc., concourent précisément à la décalcification et à la tuberculisation.

Nous allons envisager, maintenant, le traitement suivant

la cause, pour empêcher la décalcification. Il faut avant tout une nourriture appropriée. A ce sujet, M. le Prof. Letulle donne quelques indications très utiles dans la *Presse médicale* du 24 mars 1909 : ce qu'il recommande le plus, c'est d'éviter tous les aliments acides, même du pain, qu'il faut manger en petite quantité, car les ferments contenus dans ce pain peuvent faire naître des causes de décalcification.

Le régime conseille : toutes les viandes rôties ou bouillies, le jambon maigre, les poissons (sauf les poissons gras), les sardines sans l'huile, les pommes de terre largement, les légumes frais et secs, les macaronis, nouilles, riz et farineux de toutes sortes, potages, bouillon dégraissé à froid, œufs sous toutes les formes, crèmes au lait et aux œufs, œufs à la neige, puddings, biscuits secs, bananes, dattes, pruneaux, noisettes, noix, figues sèches, fromage de gruyère frais (en petite quantité), marrons (plutôt en purée), fruits cuits, confitures non acides ; comme boissons, eau de Pougues, eau de Saint-Galmier, café noir, café au lait, tilleul, thé, camomille.

Nous remarquons que notre alimentation ne peut nous apporter une quantité suffisante de chaux, il faut donc en ajouter et là est le point difficile, car tous les corps qui sont solubles sont acides, ils viennent donc augmenter encore cet état hyper acide et nuisent à la bonne recalcification ; c'est alors que M. Ferrier conseilla les composés insolubles, tel le carbonate de chaux qui se trouve être le type parfait, mais malheureusement assimilable en quantité infime.

Le corps idéal serait un produit qui, tout en étant soluble ne soit pas acide ou tout au moins soit acidifié par de l'acide carbonique, c'est le principe de toutes les eaux minérales connues et particulièrement de l'eau de Pougues et de l'eau de Saint-Galmier, conseillées dans toutes les méthodes de recalcification, malheureusement ces eaux sont peu riches en sels de chaux. En présence de ces considérations, j'ai eu l'idée de demander à un de mes amis, M. Georges Coussinet, s'il serait possible de composer un produit fixe, d'un titrage

absolu et ne contenant uniquement que du bicarbonate de chaux en solution dans une eau non gazeuse.

Vous savez avec quelles difficultés l'on peut arriver à créer artificiellement du bicarbonate de chaux non gazeux car si cette combinaison ne contient pas un excès d'acide carbonique libre il précipite. Après de patientes recherches, M. Coussinet m'a présenté un produit nouveau, qu'il a dénommé le « Calcea », c'est une solution bicarbonatée calcique, contenant par litre un gramme de chaux chimiquement pure; je l'ai expérimenté dans ma clientèle, dans la grossesse, chez les enfants, et chez les pré-tuberculeux, dans tous les cas j'ai obtenu au bout de deux mois environ de traitement des résultats d'amélioration absolument probants.

Je ne vous citerai pas d'observations qui chargeraient ce travail et seraient sans grand intérêt, mais je vous résumerai très rapidement pour terminer quelles sont les indications de la cure de recalcification et les causes de la décalcification, qui peuvent être classées en quatre catégories différentes :

1° Décalcification par recette insuffisante de chaux ;

2° Décalcification par dépense exagérée de chaux ;

3° Décalcification par absence pathologique de la fixation de la chaux ;

4° Décalcification par élimination pathologique de la chaux ;

Nous allons reprendre ces quatre points séparément :

1° Décalcification par recette insuffisante en chaux : notre alimentation journalière, trop compliquée, nous donnant l'occasion de prendre des aliments tout préparés, est insuffisante en chaux ; de plus le choix des aliments est mal fait ; je ne reviendrai pas sur la question du pain dont nous exagérons la quantité, mais je reviendrai sur la question importante de l'eau : un des plus grands méfaits qui ait eu lieu ces dernières années a été le conseil de prendre de l'eau bouillie ; pour éviter un mal redoutable, la fièvre typhoïde, on en a créé un autre, qui est la décalcification : dans l'eau

bouillie, les sels de chaux précipitent, les bicarbonates de chaux à l'ébullition évaporent leur acide carbonique et précipitent à l'état de chaux inerte. Prendre des produits calcifiants, modifier son régime et toujours on améliore un état de décalcification ;

2° Décalcification par dépense physiologique exagérée de chaux :

Ici, nous nous trouvons sur le point véritablement dentaire, c'est-à dire la grossesse, c'est-à-dire la dentition :

Faire faire de bonnes dents à un enfant, c'est lui faire faire d'excellents os : il faut donc fournir largement au fœtus au moyen de l'alimentation donnée à la mère, la chaux qui lui sera nécessaire. Vous connaissez ce vieux dicton populaire qui dit que « Chaque enfant coûte une dent à la mère », il n'a rien d'exagéré : il faut donc fournir à la future mère pour empêcher la dépense trop forte de chaux à laquelle elle a à faire face à ce moment, ce produit si nécessaire.

C'est encore de la chaux qu'il faut donner à l'enfant, c'est encore de la chaux qu'il faut donner à l'adolescent afin de lui procurer une croissance favorable et de lui permettre d'accumuler ce corps si indispensable dans notre charpente osseuse.

C'est encore la chaux qui nous secondera dans notre tâche quand nous verrons ces dents molles dans lesquelles les obturations tiennent mal et pour lesquelles les patients viennent nous retrouver quelques mois après avec une cavité agrandie, à bords déchiquetés, dans laquelle il n'y a plus trace d'obturation ; dans ces dents blanches, molles à l'excavateur, s'enlevant par copeaux, nous nous trouverons secondés précieusement si les malades prennent de la chaux.

Enfin je ne ferai que vous citer l'absence pathologique de fixation de la chaux, mais je m'attarderai sur la décalcification par l'élimination pathologique de la chaux.

En effet, toutes les causes peuvent être en jeu : la neurasthénie d'abord, cette maladie qui nous occupe tant depuis ces dernières années, ce surmenage psychique et physique,

s'accompagnant toujours de phosphaturie plus ou moins importante, puisque la phosphaturie s'exprime surtout en calciurie.

Dans les maladies de la nutrition, nous remarquons encore la décalcification à un point très marqué.

Je n'insisterai pas sur le rachitisme et l'ostéomalacie, il nous est facile de comprendre que dans ces deux maladies la chaux est indispensable.

Dans le diabète, maladie que nous pouvons quelquefois déceler par le déchaussement des dents, là encore il y a déminéralisation due aussi bien aux troubles nerveux de la fonction hépatique qu'à l'épuisement nerveux.

Nous pouvons activer la guérison d'une autre maladie, à laquelle on pense peu : j'ai nommé l'oxalémie, qu'elle soit d'origine exogène (alimentaire) ou endogène (insuffisance hépatique, fermentations intestinales), quelle que soit sa cause, elle se trouve améliorée par la médication calcifiante qui vient neutraliser l'acide oxalique par la fixation des sels de chaux.

Dans les principales affections du tube digestif, hyperchlorhydrie, fermentations intestinales, entérite, la recalcification est indiquée. Je dirai de même dans la syphilis, mais cela à une période tout à fait spéciale et à une cause toute différente de celle du spirille de Schaudin, c'est pour traiter les fractures spontanées dues à l'exagération de mercure.

Je terminerai sur le point tout à fait dentaire, j'ai nommé les fractures, non seulement celles de quelque partie que ce soit du squelette, qui ne nous intéressent pas directement, mais surtout de la fracture du maxillaire inférieur, pour laquelle il nous faut obtenir une consolidation extrêmement rapide ; la recalcification joue un rôle prépondérant et très important qu'il ne faut jamais oublier.

Enfin, je remercierai tout d'abord MM. les D[rs] Kuss et Marie qui m'ont permis, dans leurs services et grâce à leurs bons conseils, de puiser les renseignements personnels de cette communication.

Je remercierai aussi, au point de vue bibliographique, tous les auteurs des mémoires auxquels j'ai eu recours et particulièrement M. le Dr Sergent, de la Charité, dont le travail « la Cure de Recalcification », m'a permis de donner les indications que j'ai rapportées.

Je tiens tout particulièrement à vous remercier, en terminant, mes chers confrères, de la bienveillante attention que vous avez voulu me prêter.

REVUE DES REVUES

LE VACCIN DANS LE TRAITEMENT DE LA PYORRHÉE

Par F. L. ARMITAGE, d'Auckland (Nouvelle-Zélande).

La première chose à faire dans le traitement par le vaccin est de déterminer les organismes infectieux et de les isoler ; mais c'est perdre son temps, tant qu'on n'a pas complètement nettoyé les alvéoles, détruit les bactéries les plus superficielles en badigeonnant les gencives et les dents avec de l'iode, séché et lavé avec une solution stérilisée au citrate salin de Wright (5 0/0 Na Cl. 5 0/0 citrate de soude dans l'eau) ou employé un autre traitement efficace. Au bout de 20 minutes, plus même au besoin, on peut retirer une partie du pus ou de la sécrétion du fond de plusieurs culs-de-sac au moyen de pipettes capillaires stérilisées et enlever des débris du tissu revêtant ces culs-de-sac. Avec ce pus et ces débris on fait des enduits qu'on teinte avec la méthode de Gram et on les examine ; cet examen permet de reconnaître ce qui a été trouvé et guide dans le choix du milieu de culture convenant le mieux aux divers organismes présents.

Les cultures doivent être faites sur des plaques d'agar, qu'on prépare en mélangeant 1 ou 2 cc. de sang frais, prélevé dans une veine au moyen d'une seringue hypodermique avec des précautions aseptiques, à 5 ou 6 cc. d'agar nutritif, fondu et refroidi à 40° c. Quand l'agar de sang est devenu ferme, passer le pinceau portant le pus à la surface, de manière à former des lignes parallèles ; pratiquer des lignes semblables sur une autre plaque d'agar avec l'extrémité d'une tige de verre courbée à angles droits frottée avec le pinceau infecté. Par ce moyen une partie de la plaque aura des colonies suffisamment éloignées l'une de l'autre pour permettre les examens et des sous-cultures des différents organismes. Une culture pure ne s'obtiendra que dans les premiers stades de la maladie.

Ces examens, contrôlés par ce qui a été trouvé dans les enduits, permettent de déterminer et d'isoler les principaux organismes ; quelquefois la difficulté de l'isolement impose une méthode de dilution : les organismes les plus nombreux dans les enduits peuvent ne pas apparaître sur les plaques ou s'y montrer en si petit nombre qu'il est impossible de les isoler ; ou bien leur croissance est faible ou

contrariée par d'autres organismes. Dans ces cas, on introduit le pus dans un tube à bouillon, bien secoué, quelques gouttes sont introduites dans un autre tube à bouillon, bien secoué, et l'on répète cela dans plusieurs tubes ; ces cultures de bouillon sont mises en incubation et l'on peut obtenir la culture désirée dans le tube où la dilution est suffisante pour assurer la présence de l'organisme dominant, mais pour éviter les autres.

J'ai également trouvé nécessaire d'employer des milieux spéciaux ; par exemple s'il est difficile d'isoler un streptocoque, en raison de la prolifération plus rapide d'un staphylocoque qui l'accompagne, le staphylocoque est incubé dans le bouillon pendant plusieurs jours, le bouillon est stérilisé et employé pour faire des tubes de glycérine ou d'agar de sang ; cet agar staphylococcique employé en plaques empêchera le staphylocoque, mais non le streptocoque, et l'on n'éprouvera aucune difficulté à faire croître et à isoler le streptocoque.

Les cultures faites directement avec le pus sur les plaques d'agar ne donnent nullement un diagnostic exact s'il y a une infection mixte, et dans les multiples cas de pyorrhée que j'ai examinés l'infection mixte est la règle. Les staphylocoques, les organismes en forme de coli, submergent complètement les streptocoques les plus délicats, le pneumocoque, le microcoque, le bacille catarrhal ou fusiforme, et la chance d'obtenir les bacilles de l'influenza sur des plaques d'agar avec ce pus est nulle. Ainsi l'organisme décrit comme un strepto-bacille par Goadby exige un soin spécial pour être isolé.

Il est sage de se servir d'une culture pure obtenue avec aussi peu de sous-culture que possible ; comme la virulence de l'organisme diminue par la sous-culture, la valeur thérapeutique du vaccin en résultant diminue.

Les cultures pures obtenues, on emploie l'eau de condensation au fond du tube ou, s'il n'y en a pas, quelques gouttes d'une solution de chlorure de sodium à 1 0/0 contenant 5 0/0 d'acide phénique, pour émulsionner la croissance avec une baguette d'aluminium ou une pipette capillaire fermée à l'extrémité. L'ouverture du tube étant passée à la flamme, on verse l'émulsion dans un flacon stérile d'Ehrenmeyer de 20 cc., contenant quelques chapelets stériles. On lave le tube de culture avec quelques cc. de la solution saline et phéniquée et l'on ajoute le liquide de lavage dans le flacon. En agitant le flacon, on brise les grumeaux ; en agitant un tube d'essai sans chapelets on n'obtiendrait pas cela, et le mouvement centrifuge chasserait simplement les grumeaux au fond du tube.

S'il y a des microcoques du catarrhe ou certains diphtéroïdes, on aura beaucoup de difficulté à désagréger les grumeaux, en raison

de l'agglutination spontanée ; on en vient quelquefois à bout en plongeant le flacon et son contenu dans de l'eau à 60, 70 ou 10° c. pendant quelques minutes.

On verse alors l'émulsion dans un tube centrifuge et l'on lave le flacon et les grumeaux avec un peu de la solution saline et phéniquée puis l'on ajoute le liquide de lavage à l'émulsion. On centrifuge le tube pour chasser au fond les débris et les grumeaux et l'on aspire avec la pipette le liquide restant pour l'amener dans un récipient gradué de 10 cc., qu'on foule avec de l'ouate stérile.

Si l'on doit se servir de doses supérieures à 2 millions, j'emploie une solution de chlorure de sodium à 1 0/0 contenant 1 0/0 d'adide phénique, pour faire mon émulsion, mais j'emploie l'acide à 0,5 cc. pour les dilutions subséquentes.

Une pipette capillaire stérilisée garnie d'un bout en caoutchouc est alors marquée avec un crayon gris bleu à 25 mm. de l'extrémité. On se nettoie un doigt et on le pique avec une aiguille stérilisée entre l'ongle et la première phalange et l'on laisse le sang s'échapper sans presser. On introduit un volume de sang dans la pipette jusqu'à la marque bleue ; on laisse passer une bulle d'air, puis on prend un volume d'émulsion. Veiller à ce que l'émulsion soit bien mélangée quand on prélève l'échantillon. Si le sang se coagule rapidement, introduire dans la pipette avant le sang un volume de 2 0/0 de citrate de soude. Mélanger soigneusement sur une plaque de verre propre, puis introduire dans la pipette et chasser plusieurs fois. Transporter le mélange sur 2 plaques de verre propres et exemptes de graisse, la moitié sur chacune, en plaçant les gouttes près de l'extrémité des plaques. Avec le bord d'une autre plaque propre étendre les gouttes en une pellicule mince et unie sur toute la longueur des plaques. Après séchage à l'air, à l'abri de la poussière, teinter ces plaques avec la coloration Leishmann, laver et sécher sans chauffer.

Il s'agit maintenant d'obtenir une proportion entre le nombre de globules rouges et les bactéries. Pour cela les compter au moyen de fils croisés ; les cellules rouges et les bactéries dans 20 *champs* au moins se comptent sur divers points de la plaque. Le résultat peut être vérifié en comptant la 2e plaque. Le sang contenant 5.000.000 de cellules rouges par cc., il suffit de faire une proportion pour estimer la force de l'émulsion par le rapport entre les cellules rouges et les bactéries, puisqu'on a employé des vol. égaux. La force de l'émulsion ainsi obtenue, on mélange celle-ci avec une pipette, on en retire une petite quantité qu'on cachète dans un tube d'essai stérilisé et étiqueté. Ayant laissé assez de vaccin pour l'usage actuel dans le tube à mesurer, on peut le diluer avec la solution saline et phéniquée, afin que 1 cc. contienne la dose maxima dont on aura besoin.

Si l'on chauffe pour stériliser, on place dans un vase d'eau à la température voulue, qui varie suivant les organismes de 54 à 60° c., on met rapidement dans le four à eau réglé à la même température et l'on abaisse le thermomètre dans le vase afin de lire la température de l'extérieur, ce qui évite d'ouvrir la porte du four. Après stérilisation pendant une heure on peut doser, au moyen d'une petite burette graduée garnie de l'aiguille d'une petite seringue à sérum, le tout stérilisé.

Mais quand il y a lieu de mettre quelques doses il est plus rapide et plus commode de retirer chaque dose de la mesure graduée de 10 cc., avec une pipette capillaire stérile, qu'on emploie pour mélanger complètement le vaccin après chaque dilution. Si l'on utilise la totalité de la burette, la totalité du vaccin doit être enlevée chaque fois qu'il y a une dilution à faire, puis remise dans la burette, ce qui exige du temps et est plus susceptible d'amener des contaminations que l'autre méthode. On retire 2 ou 3 doses de 1 cc. et on les introduit dans des ampoules de verre stérilisées. J'emploie des ampoules de verre de couleur différente pour les diverses concentrations, afin d'éviter de mêler les doses, en réservant toujours les mêmes couleurs pour les mêmes doses. On dilue alors le vaccin du verre gradué avec la solution saline et phéniquée, afin qu'il contienne la moitié du nombre d'organismes par cc. et 2 ou 3 doses de 1 cc. retirées comme auparavant. En diluant et retirant plusieurs fois de suite on peut avoir une série de doses variant de 2.000 à 100 dans le cas du staphylocoque ou de 500 à 10 dans celui du streptocoque. Les ampoules sont fermées au brûleur Bunsen et prêtes à être stérilisées ultérieurement par la chaleur en cas de besoin.

Certains organismes, le staphylocoque aureus par exemple, exigent la stérilisation par la chaleur; d'autres, comme ceux de la typhoïde et du groupe coli, se comportent mieux non chauffés, l'acide phénique stérilisant parfaitement, tandis que la chaleur nuit grandement à l'efficacité et à la conservation. Pour d'autres, comme le pneumocoque, pour une raison qui m'est inconnue la chaleur est quelquefois nécessaire ; mais pour d'autres un vaccin chauffé ne peut servir et il faut s'en tenir à la stérilisation par l'acide phénique. Les températures supérieures à 60° c. sont désastreuses et la stérilisation deux jours de suite à 54 ou 55° c. pendant 1 heure est tout à fait sûre et efficace pour la plupart des organismes.

Essayer le vaccin en en mettant quelques cuillerées sur l'agar ou le sérum du sang et en laissant incuber 2 ou 3 jours. Tous mes vaccins sont essayés et quoique j'en aie fait plus de 1.000, je n'ai jamais obtenu de prolifération ; mais quand la chaleur n'a pas été

employée et que je m'en suis tenu à l'acide phénique, je laisse toujours 3 jours pour que la stérilisation se produise avant l'essai.

Après stérilisation, on met le vaccin en boîtes contenant chacune 3 ou 4 forces différentes, on étiquète ces boîtes, puis on les enferme dans une boîte plus grande portant le nom du patient, la nature du vaccin, la date et des espaces réglés pour y inscrire la dose donnée et la date de sorte que la boîte joue le rôle d'une fiche et évite celle-ci.

Si des doses particulièrement fortes conviennent au patient, on peut en tout temps les mettre du stock dans le tube scellé. Certains vaccins, par exemple ceux d'organismes coliformes, ne valent souvent pas la peine d'être conservés plus de 3 mois, si le patient a été en traitement pendant ce temps, car l'expérience prouve que dans certains cas ils perdent leur effet sur le patient, non parce qu'ils se détériorent, mais parce que le patient résiste au vaccin ou parce que l'injection s'est accommodée au changement de milieu ambiant. Alors il faut préparer du vaccin frais.

Quand un vaccin doit être préparé avec plus d'un organisme les vaccins sont mêlés pour le dosage, mais les stocks tenus séparés car un organisme infectant peut périr et un autre persister ou même un nouvel organisme remplacer l'un des anciens. Le vaccin superflu peut être jeté, ou la dose de l'un augmentée et les autres maintenus ou réduits.

Pour point d'injection, éviter les extrémités : avant-bras, jambe, etc., car de l'œdème peut s'ensuivre ; donner la préférence à la peau lâche du côté gauche de l'abdomen, à la partie supérieure de la poitrine, juste au-dessous du centre de la clavicule.

Je préfère l'abdomen. On prépare la peau en la lavant avec du lysol dilué ou en badigeonnant à la teinture d'iode. Stériliser la seringue hypodermique par l'ébullition pendant 15 minutes ; tremper l'aiguille, si elle est en acier, dans l'alcool absolu, car elle ne se rouillera pas ou ne perdra pas son tranchant. L'intervalle entre les doses varie de 5 à 10 jours, suivant les patients.

Les organismes infectieux les plus fréquents et les doses de vaccin dans la pyorrhée sont :

Streptocoque..............	25 millions	500 millions.
Staphylocoque...........	100 —	2.000 —
Pneumocoque	25 —	500 —
Bacille catarrhal.......	100 —	500 —

Ne pas recourir au traitement par le vaccin si l'on craint de dépenser du temps et de la peine.

Examiner périodiquement le pus pendant le traitement.

Ne pas s'attendre à ce qu'un cas guéri ou arrêté se maintienne; le surveiller et employer le traitement prophylactique.

Ne pas perdre espoir si un patient, après avoir réagi au vaccin, ne présente pas de réaction; laisser reposer quelques semaines, recommencer avec une petite dose et mettre des intervalles plus longs.

On n'obtiendra pas et on ne maintiendra pas la guérison ou une amélioration sans traitement tant approprié; le vaccin ne peut remplacer la chirurgie, mais c'est un adjuvant très utile.

Je ne formule pas d'opinion touchant le résultat du traitement parce que je ne puis rapporter assez de cas pour la justifier et parce qu'il appartient au dentiste de le faire, car il est mieux placé que le chercheur dans son laboratoire pour connaître exactement les changements survenus et les améliorations qui se sont produites, ainsi que leur durée. (*Dental Summary*, septembre 1913.)

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DU HAVRE

2e *liste d'adhésions.*

MM.

Quintin, Bruxelles.
Walter-Fay, Bruxelles.
Morche, Asnières.
Gouthière, Nemours.
Crocé-Spinelli, Paris.
Dreyfus, —
G. Fouques, —
Lalement, —
Dupontreué, —
Godon. —
Francis Jean. —
R. Lemière. —
Pailliottin. —
G. Robin. —
M. Roy. —
G. Villain. —
H. Villain —

MM.

V.-E. Miégeville, Paris.
Blatter. —
Ferrand. —
Ruppe. —
Solas. —
L. Viau. —
Wallis-Davy. —
André. —
Lelièvre. —
Robine. —
Zimmermann. —
Borkowski. —
d'Argent. —
Fié. —
Frey. —
Pillière. —
Guébel. —

1re *liste de communications.*

Dr Boucard : Les ferments lactiques en thérapeutique dentaire.

Miégeville : 1° La sérocaïne : sérum anesthésique intensif pour l'anesthésie régionale et locale en art dentaire ; 2° les cires pour inlays Etude et origine des diverses cires, coloration et mélanges ; 3° le ferro-tannate d'antipyrine comme hémostatique dentaire ; 4° un nouveau devitalisateur : la cellulose corsenicale.

Francis Jean. — 1° La pléthore professionnelle; 2° extraction des dents de sagesse inférieures en direction horizontale.

Morche. — La propagande de l'hygiène dentaire en France.

Lemière (R.). — Influence du traitement dentaire sur le développement physique d'une nation.

Roy (M.). — La pathologie réelle des abcès péricémentaires sur les dents vivantes.

***

Le secrétaire du Conseil de l'Association Française pour l'avancement des Sciences nous informe que les Compagnies de chemins

de fer accordent une réduction de 50 o/o aux exposants participant à l'Exposition organisée par la Section d'*Odontologie* au Hâvre, du 27 juillet au 2 Août :

1° Sur les envois des marchandises P. V. ;

2° Sur le prix des billets des représentants ou employés des exposants.

Adresser les demandes au Comité d'organisation : M. Ribard, président, 31 rue Thiers, le Hâvre.

6e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Londres, 3 8 août 1914.

Nous extrayons du programme provisoire qui vient de nous parvenir la liste des communications annoncées[1] :

1re Section.

M. Choquet (Paris). — L'asymétrie du maxillaire inférieur; les conséquences qui en découlent pour la théorie du triangle équilatéral de Bonwill.

M. Bœdecker (Berlin). — Les canalicules et les fibres de la dentine.

M. Michel (Wurzbourg). — L'action des ferments de la salive par rapport à la carie dentaire.

M. Lovatt Evans (Londres). — Le pouvoir amyolitique de la salive.

M. Roberts (New-York). — Remarques sur les dents des nègres américains.

M. Brooke Nicholls (Melbourne). — Les dents des Maoris.

2e Section.

M. Bodo (Olmutz). — Etiologie et thérapeutique de la pyorrhée.

M. Zilz (Vienne). — Variations congénitales syphilitiques de la dentine et de l'émail.

M. Mendel-Joseph (Paris). — La pyorrhée alvéolaire.

M. Forty (Leeds). — Odontocèle extra-capsulaire.

M. Bampton (Birmingham). — Cas de pigmentation dentaire héréditaire.

M. Lenhardtson (Stockholm). — Les dents et leurs sécrétions internes.

M. Samuel (Stockholm). — Création d'un institut international pour des recherches sur la carie dentaire.

---

1. Nous ne reproduisons pas dans cette liste les communications que nous avons mentionnées dans notre numéro du 30 avril 1914.

M. C. Ferris (New-York). — Influence de l'étude de la malocclusion sur la pathologie.

M. Feiler (Breslau). — Théorie biologique de la carie.

3e Section.

M. Rhein (New-York). — Traitement scientifique de la pulpe, de la racine et des canaux.

MM. M. Roy et H. Dreyfus (Paris). — La septicémie buccale.

M. Sten Hager (Stockholm). — Réimplantation dans des cas graves de pyorrhée alvéolaire.

M. Miégeville (Paris). — Un nouveau dévitaliseur: la cellulose arsenicale.

M. Brown (Dundee). — Préparation indolore de cavités cariées.

M. Francis Jean (Paris). — Procédé pour faciliter l'extraction des dents de sagesse inférieures en direction horizontale.

M. Guerini (Naples). — Ciment idéal pour l'obturation des canaux radiculaires.

4e Section.

M. Achner (Londres). — Observations au moyen des rayons X sur les abcès, kystes et la résection radiculaire.

M. Hall Edwards (Birmingham). — La radiographie appliquée aux opérations dentaires.

M. Buckley (Chicago). — Chimie ou thérapeutique.

M. Palmer (Etat de New-York). — La radiographie et le praticien dentiste.

M. Riechelmann (Strasbourg). — Lois physiques de pression et de retrait dans le bridge.

M. *Barra* (Arad). — Le platine en technique dentaire.

5e Section.

M. *Gabell.* — Travaux de porcelaine.

MM. *Riechelmann* (Strasbourg) et *Angel* (Copenhague). — Le bridge.

M. *Bloch* (Copenhague). — Mouvements du maxillaire inférieur par rapport à la prothèse dentaire.

M. Bostock (Kidderminster). — Procédé et rétention de dentiers partiels.

M. Houghton (Manchester). — Bridge partiel.

M. Frank (Amsterdam). — Principes de la disposition de dentiers sans l'usage d'articulateurs.

M. Morris. — Zones d'efforts dans la denture et les dentiers.

6e Section.

M. Coebergh (Utrecht). — Importance des mensurations pour le diagnostic en orthodontie.

M. Schröder. — Principes anatomiques de l'orthopathie des maxillaires.

M. Subirana (Madrid). — Nécessité de connaître ce qu'on entend par l'occlusion dentaire normale.

M. F. Jean (Paris). — 1° Conversion partielle des molaires en orthodontie.

2° Les dents temporaires et les classifications des anomalies maxillo-dentaires.

M. Guerini (Naples). — Nouveau système de correction du prognathisme et antéversion des dents sans pignon à tête ou autre appareil extérieur.

M. Rushton. — Critique de la nouvelle école d'orthodontie.

M. Denne. — Moyen de redressement des dents au moyen de ressorts en spirale.

7e Section.

M. Case (Chicago). — Obturateur pour corriger les fissures palatines.

M. Cryer (Philadelphie). — Observations cliniques sur la régénération du maxillaire inférieur après carie et nécrose.

M. Steadman (Londres). — Septicémie buccale comme cause prédisposante du cancer.

M. Baker (Dublin). — Sarcome myéloïde des maxillaires.

M. Strauss (Milwaukee). — Causes prédisposantes des fissures congénitales palatines et du bec-de-lièvre.

M. Landete (Madrid). — 1° Chirurgie du maxillaire et traitement consécutif par l'obturation iodée.

2° Abcès ligneux du cou, d'origine dentaire, guéri par le vaccin anti-staphylococcique.

M. Ottofy (Manille). — Prothèse dentaire et faciale.

M. Davis (Londres). — Pathologie et traitement de la suppuration du sinus maxillaire.

M. Nauenburg (Leipzig). — Résultats de la thérapeutique en prothése chirurgicale.

M. Cohn (Berlin). — Contribution à la réimplantation et à l'implantation avec fixation consécutive des dents traitées.

M. Smith (Lynn). — Cas inusités de fractures radiculaires.

8e Section.

M. Ross (Edimbourg). — Quelles mesures prendre pour empêcher les accidents anesthésiques ?

M. Riethmüller (Philadelphie). — Perfectionnements en anesthésie locale par la novocaïne suprarénine.

M. Hunt (Yeovil). — L'anesthésie et les dentistes, et les premières anesthésies à l'éther aux Etats-Unis.

M. Miégeville (Paris).— La sérocaïne, sérum anesthésique intensif pour insensibilisation locale et régionale en art dentaire.

M. Steadman (Londres). — Analgésie.

M. Parrott (Birmingham). — Anesthésie par injection intra-alvéolaire en dentisterie conservatrice.

9e Section.

M. Cohn (Berlin). — Propositions touchant le procédé d'examen statistique des enfants des écoles.

M. White (Phelps, Etat de New-York). — Moyens d'instruire le public en hygiène dentaire employés par le Service sanitaire de New-York.

M. Byrne. — Projet de dentisterie militaire pour les troupes métropolitaines.

M. Francis Jean (Paris). — L'hygiène dentaire et le public.

M. Fletcher (Devonport). — La dentisterie dans la marine.

M. Hammarlund (Stockholm). — Examens statistiques comparatifs de la carie des dents à 7 et à 8 ans.

M. Kehr (Dusseldorf). — Organisation de centres de traitement dentaire scolaire à Dusseldorf et dans les districts urbains et ruraux d'Allemagne.

M. Loos (Strasbourg) et M. *Wormald* (Brighton).— Traitement dentaire dans l'armée.

M. Motz (Strasbourg). — Cliniques dentaires scolaires au point de vue de l'enseignement.

M. Piperno (Rome).— L'épidémiologie des maladies dentaires.

M. Röse (Erfurt). — Prophylaxie des maladies dentaires par un régime alimentaire approprié.

M. Smith-Housken (Christiania). — L'hygiène dentaire publique en Norvège.

M. Wallis (Londres). — Inspection et traitement dentaires dans les écoles municipales du Comté de Londres.

M. Wolf (Vienne). — 1° La dentisterie scolaire actuelle en Autriche; 2° Procédé d'examen des enfants des écoles.

10e Section.

M. Dubeau (Montréal). — Méthodes d'enseignement manuel.

M. Webster (Toronto). — Enseignement dentaire.

M. Rosenthal (Bruxelles). — Déontologie.

M. Subirana (Madrid). — Enseignement de la dentisterie et de l'orthodontie.

M. Grevers (Utrecht). — Moyen d'enseigner le diagnostic des maladies de la pulpe.

Prof. Dieck (Berlin). — L'enseignement dentaire post-scolaire en Allemagne.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE SUISSE

XXIXme Assemblée générale

Les 22, 23 et 24 mai 1914, à Interlaken.

Nous avons publié dans notre numéro du 15 mai le programme provisoire de cette réunion; nous en donnons aujourd'hui le programme complet:

Vendredi 22 mai. — 4 h. 1/2 après-midi, salle de théâtre du Kursaal, séance administrative avec l'ordre du jour suivant:

1. Procès-verbal de l'assemblée précédente.
2. Rapport du président.
3. Rapports du trésorier, de l'administrateur et des vérificateurs des comptes.
4. Rapport du délégué aux assurances (M. Eug. Müller, de Zurich).
5. Vote sur les candidatures.
6. Election du comité et nomination des vérificateurs des comptes.
7. Projet d'assurance collective obligatoire des membres de la société contre la responsabilité professionnelle.
8. Proposition de M. A. Senn, de Zurich: Création d'un tribunal d'honneur.
9. Proposition de M. A. Maillart, de Berne : Moyens de simplifier et d'organiser les délibérations de l'assemblée administrative.
10. Désignation du lieu de la nouvelle assemblée annuelle.
11. Propositions individuelles.

A 8 h. 1/2 du soir, Réunion amicale à l'Hôtel Kreuz.

Samedi 23 mai. — 9 h. du matin, au Kursaal, Conférences et démonstrations.

Après-midi, Excursion en train au Harder.

7 heures du soir, Banquet à l'Hôtel National.

8 h. 1/2 du soir, Réunion au Kursaal.

Dimanche 24 mai. — 9 h. du matin, au Kursaal, Conférences et démonstrations.

Midi 1/2, Banquet d'adieux à l'hôtel Schweizerhof.

CONFÉRENCES ET DÉMONSTRATIONS.

1. M. Eug. Müller, (de Zurich) : I. Une nouvelle dent interchangeable pour la vulcanite et le métal. II. Incrustations avec pivots à ailettes pour grandes cavités des incisives et canines.
2. M. Ad. Brodtbeck (de Frauenfeld) : Présentation d'un nouvel

appareil destiné à la préparation de solutions stériles pour les injections sous-cutanées.

3. M. le Prof. A. Gysi, (de Zurich) : Nouvelles considérations sur l'articulation.

4. M. Th. Gassmann (de Zurich): Un sel complexe du type de l'apatite. Son importance au point de vue de la formation des os et des dents.

5. M. Alf. A. Steiger, jeune (de Lucerne): Une nouvelle méthode pour la confection d'inlays creux en or.

6. M. Ch. M. Foucou (d'Yverdon) : Prothèse nasale.

7. M. Alf. Maillart (de Berne) : Quelques essais de traitement par les courants de haute fréquence et présentation d'un appareil.

8. M. Jules Klein : La pression osmotique et son importance en anesthésie locale.

9. M. H. Perron (de Genève) : Porcelaine ou Silicate ?

ERRATUM

Nous avons omis de dire que MM. Tzanck et Hugot ont pris la parole au nom du *Cercle Odontologique de France* au banquet du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes du nord de la France, dont nous avons rendu compte dans notre dernier numéro.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LES EXPERTISES ET LES CHIRURGIENS-DENTISTES

La Fédération dentaire nationale a eu connaissance, il y a quelque temps, d'une circulaire envoyée en 1912 par le ministre de la Justice aux procureurs généraux pour les inviter à recommander aux juges de paix des principales villes de leur ressort de ne confier, toutes les fois qu'ils le pourront, les expertises en matière de chirurgie dentaire concernant des docteurs en médecine stomatologistes *qu'à des docteurs en médecine également spécialisés.*

La Fédération a adressé une réclamation à cet égard au ministre de la Justice, pour lui demander de rapporter cette circulaire et a joint à sa requête une consultation de son conseil judiciaire.

Nos lecteurs trouveront ci-après ces deux documents.

Fédération dentaire nationale (F. D. N.).

Paris, le 14 mai 1914.

Monsieur le ministre,

Dans une circulaire adressée par votre département le 11 juin 1912 aux procureurs généraux près des Cours d'appel, un de vos prédécesseurs invitait ces magistrats à recommander aux juges de paix des principales villes de leur ressort de ne confier, toutes les fois qu'ils le pourront, les expertises en matière de chirurgie dentaire concernant des docteurs en médecine *stomatologistes* qu'à des docteurs en médecine également spécialisés.

Nous nous permettons de vous faire observer que la recommandation qui fait l'objet de cette circulaire nous paraît être une méconnaissance des prescriptions de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, en ce qui concerne les chirurgiens-dentistes.

Aux termes de cette loi, en effet, l'art dentaire peut être exercé indifféremment par les docteurs en médecine et par les chirurgiens-dentistes qui, à cet égard, sont placés sur le même pied.

L'égalité établie par cette loi entre ces deux catégories de praticiens est même telle que le chirurgien-dentiste peut administrer l'anesthésie générale seul, comme le docteur en médecine.

L'assimilation édictée par la loi est ainsi parfaite et dès lors, il

est absolument légal, d'abord, logique ensuite, que les expertises en matière de chirurgie dentaire demandées par les praticiens de l'une ou l'autre catégorie ou ordonnées par les juges de paix soient confiées indistinctement aux hommes de l'art de l'une ou de l'autre de ces catégories. Et il en a été ainsi en fait depuis la mise en vigueur de la loi du 30 novembre 1892, c'est-à-dire depuis 20 ans.

Nous nous expliquerions difficilement la mesure restrictive qui a fait l'objet de la circulaire ministérielle de 1912 si des articles ou lettres parus dans des journaux de médecine n'avaient pris soin de nous éclairer sur ce point. D'après ces publications, en effet, cette mesure aurait été inspirée et réclamée par quelques docteurs dentistes qui, malgré les termes formels de la loi de 1892, ne veulent voir dans les chirurgiens-dentistes, qui cependant depuis le décret du 11 janvier 1909 font 5 années d'études dentaires spéciales pour exercer leur profession, que des praticiens transitoires et de second ordre, uniquement parce qu'ils ne possèdent pas le diplôme de docteur en médecine.

Si les chirurgiens-dentistes n'avaient le respect de la loi et s'ils témoignaient à l'endroit des docteurs en médecine qui exercent l'art dentaire sans avoir justifié qu'ils l'ont appris, le manque de courtoisie dont certains font preuve à leur égard, nous pourrions faire nôtre leur manière de voir, en la renversant, mais nous nous abstiendrons de formuler cette appréciation, tout en demeurant convaincus et en proclamant bien haut que, si la médecine est une chose, la dentisterie en est une autre très distincte et qu'elles exigent toutes les deux, pour être pratiquées avec compétence, des spécialistes ayant fait des études et subi des examens techniques consacrés par un diplôme spécial comme celui de chirurgien-dentiste.

La recommandation contenue dans la circulaire ministérielle nous semble également contraire à tous les précédents comme à toutes les analogies. Les avocats aux cours d'appel possèdent tous le diplôme de licencié en droit, puisque ce diplôme est obligatoire pour entrer au barreau ; quelques-uns croient utile d'y adjoindre le diplôme de docteur en droit. Or, nous ne sachons pas que ceux-ci jouissent de droits ou de privilèges particuliers que n'ont pas leurs confrères au point de vue de l'exercice de leur profession.

Pour exercer la pharmacie il faut posséder le diplôme de pharmacien ; mais quelques-uns de ces praticiens y ajoutent le diplôme de docteur en pharmacie d'Université. Cependant les uns et les autres ont les mêmes droits et nous ne connaissons pas de privilèges speciaux réservés à ces derniers, ni de restrictions aux prérogatives des premiers.

Nous pourrions multiplier les exemples ; cela ne fortifierait pas notre argumentation et allongerait inutilement cette requête, déjà trop longue.

En conséquence, confiant dans votre esprit de justice, nous avons l'honneur de vous prier de vouloir bien, monsieur le ministre, examiner si la circulaire du 11 juin 1912 ne doit pas être rapportée, non seulement parce qu'elle nous paraît méconnaître nos droits, mais parce qu'elle est contraire à l'esprit de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de l'art dentaire en France.

Veuillez agréer, etc.

Pour la Fédération dentaire nationale :

Le président, A. BLATTER.

Le secrétaire général, HENRI VILLAIN.

Le président d'honneur, CH. GODON.

LE CHIRURGIEN-DENTISTE PEUT-IL ÊTRE EXPERT ?

Monsieur le Président,

Vous avez bien voulu me soumettre la question de savoir si le chirurgien-dentiste peut être nommé expert par les tribunaux.

Il ne semble pas tout d'abord qu'un doute puisse s'élever là-dessus. Tous les jours des chirurgiens-dentistes sont commis dans les instances judiciaires. Et cette pratique est conforme à la raison. Qui peut avoir plus de compétence pour apprécier la valeur des soins opératoires donnés par un dentiste ou d'un travail de prothèse effectué par lui que l'homme qui justifie par un diplôme de l'Etat qu'avant d'exercer l'art dentaire il a fait 5 années d'études spéciales ? Qui pourrait donner aux plaideurs et aux juges plus de garanties ?

La difficulté a été cependant soulevée dans une circonstance récente. C'est le motif de votre question.

Un juge de paix avait cru bien faire en nommant un chirurgien-dentiste expert dans une contestation pendante entre deux docteurs en médecine, faisant profession de dentistes et une de leurs clientes. Les médecins récusèrent l'expert en se basant sur le § 1er de l'art. 14 de la loi du 30 novembre 1892, lequel est ainsi conçu :

« Les fonctions de médecins experts près les tribunaux ne

peuvent être remplies que par des docteurs en médecine français ».

D'après eux, cette disposition devrait s'appliquer aussi bien aux expertises relatives à l'art dentaire qu'aux expertises proprement médicales.

Le juge de paix du XVIII[e] arrondissement, M. Aymé, qui a exercé longtemps avec distinction les fonctions d'avoué près le tribunal de la Seine, a repoussé cette prétention par un jugement fortement motivé :

« Attendu, dit le jugement, que les demandeurs, en étendant aux chirurgiens-dentistes les dispositions de ladite loi, font de son texte une extension fantaisiste et abusive;

» Qu'en effet cette disposition ne concerne exclusivement que les médecins, et non les chirurgiens-dentistes, et qu'il est impossible soit par l'interprétation la plus large de l'ensemble de la loi, soit par l'analyse du contexte de la phrase visée, de tirer le moindre argument en faveur de cette thèse ;

» Qu'il est à remarquer que le législateur, lorsqu'il a entendu soumettre aux mêmes prescriptions médecins et chirurgiens, n'a pas manqué d'associer leurs professions;

» Qu'il y a donc lieu de décider que les dispositions de l'art. 14 de la loi précitée ne concernent que les médecins et non les chirurgiens;

» Que le tribunal trouve la confirmation de cette thèse juridique dans les trois considérations suivantes :

» 1° Le décret du 21 novembre 1893 portant règlement d'administration publique de la loi du 30 novembre 1892 n'édicte que des prescriptions concernant les médecins, sans faire aucune allusion aux chirurgiens-dentistes ;

» 2° La liste actuelle des médecins experts désignés par la cour d'appel de Paris comprend des chirurgiens-dentistes non médecins, ce qui implique de sa part la reconnaissance que ce dernier titre n'est pas indispensable;

» 3° La circulaire du garde des sceaux en date du 11 juin 1912 aux procureurs généraux admet bien la légalité de notre interprétation puisqu'elle prescrit « d'éviter autant que possible, de désigner pour procéder aux expertises dentaires un praticien ne possédant pas des diplômes équivalents à ceux dont justifie un confrère mis en cause ».

» Que de ce qui précède il résulte que la nomination faite échappe à toute critique légale. »

En fait le dentiste jugea qu'il était de la dignité de se déporter en présence des suspicions professionnelles dont il avait été l'objet et il fut remplacé par un docteur en médecine.

Cet incident misérable montre que la question mérite d'être examinée.

La décision du juge de paix du XVIIIe arrondissement est fondée sur ces deux propositions :

1° L'art. 14 ne vise que les fonctions de médecins experts, c'est-à-dire les expertises qui concernent la médecine. Il ne s'applique pas aux expertises relatives à l'art dentaire. S'il en était autrement, la loi se serait expliquée clairement, comme dans tous les cas où elle a posé une règle commune aux médecins et aux dentistes ;

2° Cette interprétation se trouve confirmée par les prescriptions de l'autorité réglementaire et par la pratique de la chancellerie et des tribunaux.

L'argument tiré par le juge de paix du texte de la loi du 30 novembre 1892 est pleinement fondé. Bien que les articles 5 à 15 de la loi soient placés sous la rubrique « Conditions communes à l'exercice de la médecine, de l'art dentaire et de la profession de sage-femme », on ne saurait sans discernement appliquer aux trois professions toutes les dispositions placées sous cette rubrique.

Il est manifeste, par exemple, que les dispositions relatives aux internes des hôpitaux et aux étudiants en fin de scolarité (art. 7) ne peuvent s'appliquer qu'aux personnes faisant leurs études de médecine. Il en est de même de l'art. 14, qui ne parle que des médecins experts, c'est-à-dire des expertises médicales.

Tout au contraire, quand une disposition est véritablement commune aux trois professions, le texte le dit expressément. Tels sont par exemple les articles 5 et 7 qui règlent les conditions d'exercice des étrangers ; les art. 9 et 10 qui fixent les conditions de publicité, l'art. 11 qui détermine la durée de la prescription ; l'art. 13 qui donne le droit de constituer des associations syndicales.

On pourrait objecter que, si l'art. 14 a le sens restrictif que lui donne le jugement, il énonce une naïveté. Car il va de soi que les expertises médicales ne peuvent être confiées qu'à des médecins.

La réponse à cette objection se trouve dans les travaux préparatoires. La raison de l'art. 14 est dans l'existence des officiers de santé qu'on a voulu exclure des expertises médicales. C'est ce qui résulte des travaux préparatoires.

On lit dans *Dalloz* (1893, art. 14) :

« La disposition du § 1° de cet article se justifie par cette raison que les docteurs seuls ont subi un examen de médecine légale et que nulle connaissance à cet égard n'est requise des officiers de santé.

» Elle avait été combattue devant le Sénat par M. Morellet, qui considérait qu'elle était contradictoire avec celle de l'art. 29, qui confère aux officiers de santé le droit d'exercer la médecine. M Brouardel, commissaire du gouvernement, lui répondit :

» La situation, suivant M. Morellet, sera pendant trente ans incertaine, c'est-à-dire tout le temps qu'existeront les officiers de santé. Elle ne sera pas incertaine à l'avenir lorsque les officiers de santé auront disparu ; lorsqu'il n'y en aura plus, on ne sera expert devant les tribunaux qu'à la condition d'être docteur en médecine français. Voilà la loi. Puis, pendant la période transitoire, les officiers de santé sont soumis aux mêmes obligations que les docteurs, c'est-à-dire que, s'ils sont requis par la justice, ils ne pourront s'autoriser de l'art. 14 pour lui refuser leur concours. C'est simplement ce que veut dire cet article. Il n'y a pas là en réalité de véritable contradiction et lorsque la question s'est posée à la Chambre des députés, non pas en séance publique, mais dans la commission, tout le monde a reconnu qu'il y avait d'abord une disposition définitive, puis beaucoup plus loin, une disposition transitoire. »

On ne saurait dire que ces explications soient lumineuses, mais elles suffisent pour établir qu'on n'a songé en rédigeant l'art. 14, qu'aux officiers de santé appelés à faire des expertises médicales.

Le rapporteur du projet de loi au Sénat, M. le Dr Cornil, a d'ailleurs dissipé toute équivoque en déclarant qu'on n'avait pas mentionné dans cet article les expertises qui peuvent être données à des dentistes ou à des sages-femmes et que le président avait toujours le droit de requérir des personnes appartenant à ces professions ou à celle d'officier de santé.

Il est donc certain que l'art. 14 ne concerne que les expertises médicales ; qu'il est étranger à celles qui se rattachent à l'art dentaire.

Les autres arguments du jugement sont d'une importance secondaire. Ils établissent cependant que l'interprétation donnée par les tribunaux et par la Chancellerie à la loi du 30 novembre 1892 est conforme à celle que l'on tire du texte de l'art. 14 et des travaux préparatoires.

Il convient cependant de faire une remarque sur la circulaire du garde des sceaux du 11 juin 1912.

Cette circulaire est ainsi conçue :

« Mon attention vient d'être appelée sur l'intérêt qui s'attache à ce que les juges de paix ordonnant une expertise en matière de chirurgie dentaire évitent autant que possible de désigner, pour procéder à cette expertise, un praticien ne possédant pas des diplômes équivalents à ceux dont justifie son confrère mis en cause.

» Je vous prie, notamment, de vouloir bien recommander aux juges

de paix des principales villes de votre ressort de ne confier, toutes les fois qu'ils le pourront, des expertises de cette nature concernant des docteurs en médecine « stomatologistes » qu'à des docteurs en médecine également spécialisés.

» Je vous prie de vouloir bien m'accuser réception de la présente circulaire.

« Signé : Aristide BRIAND. »

Cette circulaire reconnaît sans doute d'une manière implicite le droit des chirurgiens-dentistes à être désignés comme experts. Mais elle établit entre les stomatologistes et les chirurgiens-dentistes une inégalité choquante.

Il semble que des stomatologistes engagés dans une contestation judiciaire puissent contester l'autorité et l'impartialité des chirurgiens-dentistes désignés comme experts. Dans une lettre adressée au garde des sceaux, la Fédération dentaire nationale a protesté avec beaucoup de dignité et de force contre cette injustice.

Je n'ai, pour ma part, à me placer qu'au point de vue strictement légal. A ce point de vue la circulaire ne paraît pas conforme au texte de la loi, qui admet, par une disposition d'ailleurs fort critiquable, les docteurs en médecine à exercer l'art dentaire sans aucune préparation préalable ; mais qui ne fait, en ce qui concerne cet exercice, aucune distinction entre eux et les chirurgiens-dentistes. Il n'est donc pas admissible que sous forme réglementaire on confère aux stomatologistes une sorte de préséance que leurs connaissances spéciales ne justifient pas.

Il est bien vrai que la circulaire du garde des sceaux peut s'appuyer sur un passage du rapport du Dr Cornil où on lit : « Dans les grandes villes qui comptent comme Paris des docteurs parmi les dentistes les plus honorables et les plus instruits, il est naturel que les experts dentistes soient choisis parmi eux. »

C'est là une opinion personnelle du rapporteur, qui n'a trouvé place ni dans le texte de la loi ni dans les débats. Elle pouvait se comprendre à une époque où l'art dentaire n'était pas encore réglementé et où l'on ne savait pas encore ce que l'enseignement spécial de cet art pourrait donner. Aujourd'hui elle n'a plus aucune raison d'être. Si les stomatologistes peuvent avoir des connaissances générales plus étendues que leurs confrères, ils n'ont pas eu la forte préparation que l'enseignement spécial des écoles dentaires peut seul assurer. Et si l'on se place au point de vue des garanties d'impartialité, on se demande en quoi un chirurgien-dentiste faisant une expertise où un stomatologiste est intéressé aurait un sentiment de l'équité moins vif que le stomatologiste dans l'hypothèse inverse.

J'estime donc, mon cher Président, que le juge de paix a bien jugé que les chirurgiens-dentistes peuvent être désignés comme experts et que, dans les matières qui relèvent de l'art dentaire, il n'est conforme ni à la loi ni à la bonne administration de la justice de faire entre les stomatologistes et eux une distinction.

Veuillez, etc.

F. DUCUING,
Avocat à la Cour d'appel.

Paris, le 5 avril 1914.

LE SERVICE MILITAIRE ET LES CHIRURGIENS-DENTISTES

Nous avons sous les yeux le *Rapport fait au nom de la Commission de l'armée, chargée d'examiner le projet de loi portant modification à la loi du* 21 *mars* 1905 *sur le recrutement de l'armée et à la loi du* 7 *août* 1913 *modifiant les lois des cadres de l'infanterie, de la cavalerie, de l'artillerie et du génie, en ce qui concerne l'effectif des unités et fixant les conditions du recrutement de l'armée active et la durée du service dans l'armée active et ses réserves* par M. Paul Doumer, sénateur, et déposé à la séance du Sénat du 25 février 1914.

Ce document ne s'occupe en aucune façon des chirurgiens-dentistes ; mais il contient un certain nombre d'*annexes*, dans lesquelles nous trouvons, à l'annexe IV, p. 160 à 164, trois documents publiés sans aucun commentaire et sans qu'il y soit même fait allusion dans le rapport.

Ces documents sont les suivants : 1° une lettre de l'Association générale des étudiants de Paris au Ministre de la Guerre ; 2° une lettre en date du 17 novembre 1913 du Comité national français d'hygiène dentaire au Ministre de la Guerre ; 3° une lettre de l'Association des anciens étudiants de l'Institut dentaire de Nancy au Ministre de la Guerre.

Nous croyons nécessaire de reproduire ci-après ces trois documents pour renseigner nos lecteurs.

ETUDIANTS EN CHIRURGIE DENTAIRE.

Lettre de l'Association générale des étudiants de Paris au Ministre de la Guerre.

Par votre réponse du 21 mars courant à ma lettre du 16, vous voulez bien me demander de vous faire connaître par lettre l'objet de l'audience que les étudiants en chirurgie dentaire désireraient obtenir.

J'ai l'honneur de vous communiquer les vœux qu'ils ont adoptés dans la réunion qu'ils ont tenue sous ma présidence le 14 courant, réunion à laquelle assistaient des délégués de Bordeaux :

1° Qu'un paragraphe additionnel à l'art. 10 du projet de loi déposé par M. le Ministre de la Guerre crée un titre de dentiste auxiliaire dans l'armée ;

2° Que les étudiants en chirurgie dentaire puissent, au même titre que les autres étudiants, poursuivre leurs études pendant le cours de leur 3e année de service.

Aux termes de ce vœu, ils demandent que soit sanctionné par un texte de loi ce qui existe déjà depuis quelques années dans la plupart des corps de troupe, mais qui est laissé jusqu'à présent au bon vouloir et à l'initiative du médecin chef de service et du chef de corps. Ce titre serait décerné après une année de service aux étudiants ayant accompli au moins 4 années d'études (deux années de stage et deux années de scolarité), qui auraient satisfait à un examen dont le programme et les conditions d'admission seraient fixées par décret. Quant au grade auquel ce titre correspondrait, les étudiants ne se croient pas fondés à émettre un vœu.

Ils se reposent sur votre bienveillance et votre esprit, en osant espérer que vous voudrez bien tenir compte des avantages accordés, soit par la loi militaire actuellement en vigueur, soit par le projet de loi actuellement déposé, aux étudiants en médecine et aux étudiants en médecine vétérinaire. Sachant cependant qu'il n'y a pas encore d'organisation dentaire officielle dans l'armée, ils ne voudraient pas faire échouer un vœu légitime en risquant d'émettre des prétentions exagérées. Quant au 2e vœu, il nous a semblé qu'il suffirait de vous le soumettre pour que vous fassiez droit à notre requête : depuis le décret de 1909, modifiant les études dentaires celles-ci durent 5 années (2 années de stage, 3 années de scolarité). Etant donné le temps assez long et la durée de nos études, nous espérons que la prise en considération de notre vœu sera compatible avec les exigences du service. Au cours de la même réunion, les étudiants en chirurgie dentaire ont également émis trois vœux se rapportant à l'exercice de la profession dentaire en France pour les étrangers et demandent à ce que certaines charges militaires leur soient imposées.

Je vous les transmets aussi, mais sans prouver que dans le projet de loi à propos duquel nous avons tenté auprès de vous une démarche vous puissiez faire état de nos trois derniers vœux ;

3° Que pour exercer l'art dentaire en France, il faille être français ou naturalisé français avant 22 ans ;

4° Que les étrangers voulant se faire naturaliser français soient astreints à accomplir la durée légale du service militaire jusqu'à l'âge de 45 ans ;

5° Que seuls puissent être autorisés à ne pas produire les diplômes exigés de Français les étudiants étrangers ayant pris l'engagement formel et par écrit de ne pas exercer l'art dentaire en France.

Comme vous pouvez le voir, le troisième n'a pas de rapport avec la loi militaire. Nous avons voulu vous montrer, en vous les soumettant

tous, comment nous avons été amenés à vous demander un régime qui ne nous mette pas en état de trop grande infériorité vis-à-vis de nos concurrents non français.

Nous avons d'ailleurs l'intention de soumettre les derniers vœux à M. le ministre de l'Instruction publique. Espérant que vous voudrez bien examiner avec bienveillance les vœux que mes camarades m'ont chargé de vous transmettre, etc.

Comité national français d'hygiène dentaire.

Siège social : 32, rue de Penthièvre, Paris.

Paris, le 17 novembre 1912.

Au moment où la loi de redressement va préciser certaines dispositions relatives à la loi de trois ans, nous estimons de notre devoir d'appeler votre intention sur les services dentaires dans l'armée.

Depuis 1907 une circulaire ministérielle prescrit l'examen de la bouche et des dents des soldats au moment de leur arrivée au régiment en vue de la constitution d'une fiche dentaire.

Plus récemment, une autre circulaire recommande aux chefs de service d'utiliser les jeunes chirurgiens-dentistes pendant leur séjour sous les drapeaux comme dentistes des infirmeries régimentaires.

Cette organisation a été réalisée dans un grand nombre de régiments et elle a donné les meilleurs résultats.

La nouvelle loi militaire n'a pas prévu la constitution de ces services, ni réglé la situation des dentistes accomplissant leur service militaire, alors que, dans une proportion de 50 °/₀ les jeunes recrues doivent recevoir des soins dentaires immédiats.

Cette question intéresse l'hygiène générale au plus haut point et elle a suffisamment préoccupé les services de santé des pays étrangers pour que l'Allemagne, l'Angleterre, les Etats-Unis, l'Amérique, la Bulgarie, l'Espagne tout récemment aient organisé des services dentaires dans leur armée et qu'ils aient créé un corps de dentistes militaires.

Il serait donc nécessaire, pour assurer de façon régulière et tout à fait efficace les services d'inspection et de traitement dentaires dans les cliniques régimentaires et hospitalières, que la nouvelle loi de redressement organise un corps de dentistes militaires en utilisant pour cela les jeunes chirurgiens-dentistes qui passent sous les drapeaux.

A une époque où la santé des jeunes soldats préoccupe à si juste titre l'opinion publique, nous espérons que le Sénat, qui a montré tant de fois sa sollicitude pour les questions d'hygiène militaire, ne voudra pas laisser la France plus longtemps en retard sur les armées étrangères et nous espérons que vous voudrez bien faire figurer l'organisation des dentistes militaires dans la loi de redressement soumise actuellement aux délibérations de la commission dont vous faites partie.

Association des anciens étudiants de l'Institut dentaire de Nancy.

Nancy, le 7 novembre 1913.

L'Association des anciens étudiants de l'Institut dentaire de Nancy et l'Association des étudiants en chirurgie dentaire de la Faculté de médecine de Nancy, en conformité de vues avec les dentistes de France, ont l'honneur d'attirer votre attention sur le sort réservé aux chirurgiens-dentistes par la nouvelle loi militaire.

Lors de la discussion de cette loi à la Chambre, M. le député Méquillet a présenté un exposé complet de nos desiderata. Au Sénat, M. le sénateur Strauss s'est réservé d'intervenir en notre faveur lorsque le projet rectificatif viendra en discussion devant cette assemblée.

L'amendement que M. Méquillet a présenté à la Chambre des députés est ainsi conçu :

« *Paragraphe additionnel à l'article 15 de la loi du 7 août 1913.* — Les jeunes gens pourvus du diplôme de chirurgien-dentiste ou admis en cinquième année d'études (c'est-à-dire en 3° année de scolarité, la scolarité étant précédée de deux ans de stage, et qui ont subi avec succès, à la fin de leur première année de service, l'examen de dentiste auxiliaire, sont nommés à cet emploi et accompliront leurs deuxième et troisième années de service comme dentistes auxiliaires.

Les dentistes auxiliaires jouiront des droits et prérogatives attachés à l'emploi de médecin, de pharmacien ou de vétérinaire militaire auxiliaire. Un règlement d'administration publique déterminera les conditions d'admission et les matières de cet examen. Dans la réserve ils rempliront les fonctions de cet emploi. »

Il y a lieu de remarquer à l'appui de cet amendement :

1° Que, d'après les statistiques officielles, à l'arrivée au corps 50 o/o des jeunes recrues ont besoin de soins immédiats, 30 o/o de soins secondaires, que le nombre d'indisponibilités dues à des affections dentaires est assez considérable ;

2° Que les chirurgiens-dentistes et les étudiants en chirurgie dentaire sont déjà utilisés en qualité de soldats dentistes, dans les hôpitaux militaires et mixtes de la métropole, des colonies et de la marine (décision Chéron), ce qui n'augmenterait en aucune sorte le nombre des embusqués » ;

3° Que la possession du grade de dentiste auxiliaire (adjudant) dans l'armée active et dans la réserve est susceptible de leur donner tout en étant sous les ordres directs du corps de santé militaire, une autorité indispensable et qui leur manque jusqu'ici dans l'exercice de leur art, pour le plus grand profit de la santé et de la vigueur des corps de troupe ;

4° Que dès juillet 1912 et janvier 1913, des enquêtes émanant de la Direction du service de santé ont été faites sur le fonctionnement des cliniques dentaires régimentaires et la création de dentistes auxiliaires. Ces enquêtes ont été nettement favorables ;

5° Que les chirurgiens-dentistes sont utilisés depuis longtemps dans les corps de troupe et dans les hôpitaux des armées anglaise, américaine, bulgare et allemande ;

6° Qu'en cas de guerre, le rôle des dentistes est aussi important qu'en cas de paix. En effet, outre les services qu'ils rendront par leurs fonctions, leurs connaissances d'hygiène, d'asepsie, d'antisepsie, de pathologie médicale et chirurgicale en feront de précieux auxiliaires auprès des médecins majors. Témoin les luttes récentes où les dentistes étaient utilisés dans les services de santé, ainsi que l'a fait remarquer M. Messimy dans un de ses rapports sur la guerre turco-bulgare.

Le Conseil supérieur du service de santé, faute de données précises, dénature la perspective quand il objecte que les dentistes auxiliaires diminueront, en cas de mobilisation, le chiffre des combattants et seront inutilisables dans le service médical.

Ces raisons ne sont pas intangibles.

Et d'abord, il y a en France environ 3.000 dentistes. Déduisez de ce nombre les dentistes qui ne sont plus mobilisables, les réformés, les docteurs exerçant l'art dentaire, il restera au maximum 1.500 dentistes mobilisables. Ces 1.500 dentistes étant répartis dans tous les régiments, il y aurait une diminution infime de trois combattants par unité.

Versés dans le service de santé, ces dentistes auxiliaires seraient-ils inutilisables ?

Répondre par l'affirmative serait nier la valeur des études universitaires et taxer d'illusoire l'enseignement de médecine générale que les étudiants en dentisterie reçoivent dans les facultés. Ces connaissances leur permettront de donner aux blessés les soins d'urgence en attendant l'intervention des médecins majors, qu'ils pourront ensuite aider efficacement.

On objecte encore que le personnel du service de santé actuel suffit à cette tâche. Mais n'a-t-on pas vu dans les guerres récentes que l'effectif supérieur et subalterne du service médical n'était jamais assez nombreux et que beaucoup de blessés étaient privés de secours ?

Le louable souci de procurer à la patrie des contingents serrés doit marcher de pair avec celui d'assurer, dans une large mesure, aux hommes qui tombent les soins rapides dont ils ont besoin.

C. Blanc.

Président de l'Association des anciens étudiants.

M. Boivin.

Président de l'Association des étudiants.

EXPOSITION UNIVERSELLE ET INTERNATIONALE DE BRUXELLES (1910).

Nous extrayons ce qui suit du rapport du Jury international de la classe 112 (Bienfaisance, Assistance publique et privée, p. 142) dans laquelle avait exposé l'Ecole dentaire de Paris. Cette classe avait pour secrétaire M. André Mesureur, chef du service de la Direction à l'Assistance publique à Paris.

Ecole dentaire de Paris.

45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

Diplôme d'honneur.

Fondée en mai 1880 par une des premières sociétés françaises (le cercle des dentistes de Paris) et reconnue comme établissement d'utilité publique le 19 février 1892, la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris avait pour but de créer une Ecole professionnelle d'art dentaire et une clinique pour le traitement gratuit des affections des dents. Installée au début dans des conditions modestes, cette institution a rapidement prospéré et occupe aujourd'hui un vaste immeuble situé Cité Milton, 5 *bis* et 45, rue de La Tour-d'Auvergne. Elle comprend les locaux réservés à l'administration, la salle de dentisterie opératoire, d'une superficie de 250 mq., la salle de l'enseignement préparatoire, qui a 100 mq. des amphithéâtres de cours et de démonstrations, des laboratoires, un musée dentaire qui compte plus de 2.000 pièces de haut intérêt, enfin une bibliothèque.

2.217 dentistes ont, de 1880 à 1910, suivi une scolarité régulière et complète, et la plupart ont subi avec succès les examens de sortie. 926 élèves ont, pendant le même laps de temps, obtenu le diplôme de fin d'études. Le personnel enseignant comprend 120 professeurs, titulaires, adjoints et suppléants, chefs de laboratoire et de travaux pratiques, chefs de clinique, démonstrateurs, assistants et préparateurs de cours, mécaniciens-moniteurs de prothèse. Régulièrement constituée d'après les lois et règlements qui régissent l'enseignement supérieur en France, l'Ecole dentaire de Paris, tout en restant l'établissement d'enseignement professionnel complet et d'enseignement technique de l'odontologie qu'elle est depuis sa fondation, est l'auxiliaire officiel de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, par laquelle elle est autorisée à délivrer aux étudiants des certificats d'inscription et un certificat de stage valable pour les examens d'Etat.

C'est principalement par son dispensaire qu'elle se rattache à la classe 112. Assimilé aux dispensaires de l'Administration générale de l'Assistance publique, tout en conservant son carac-

tère privé, le dispensaire de l'Ecole dentaire de Paris est ouvert tous les matins aux malades pauvres souffrant d'affections de la bouche et des dents. Il comprend des cliniques de chirurgie dentaire, d'anesthésie, de stomatologie, de dentisterie opératoire, de prothèse et d'orthodontie. Les malades sont soignés par les élèves, opérateurs bénévoles, sous la direction et le contrôle du corps enseignant.

Les malades indigents reçoivent gratuitement tous les soins que comporte leur état.

Seuls, les appareils de prothèse et d'orthodontie, ainsi que les feuilles d'or et les inlays sont en général exceptés de la gratuité, sauf pour les malades en état de complète indigence qui se présentent munis d'un certificat d'un bureau de bienfaisance ; les frais sont alors supportés par l'Administration générale de l'Assistance publique. Le directeur de l'Ecole accorde de son côté aussi largement que possible des réductions de prix et même des exemptions totales lorsqu'il s'agit de cas particulièrement dignes d'intérêt. D'autre part, des enquêtes sont effectuées sur les personnes qui se présentent pour recevoir les soins du Dispensaire, de manière à éliminer les malades possédant des ressources suffisantes pour pouvoir rémunérer les soins d'un dentiste. Le Dispensaire de l'Ecole dentaire est donc véritablement un établissement d'assistance médicale répondant complètement au programme que se sont imposé ses fondateurs.

Pendant l'exercice 1908-1909, le Dispensaire a reçu 62.869 malades, dont 12.840 se présentaient pour la première fois ; 87.716 interventions ont été nécessaires pour le traitement de tous ces malades.

La Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris est restée intimement liée à l'ancien cercle des dentistes de Paris devenu, par un élargissement considérable de son action, l'Association générale syndicale des dentistes de France. L'Association et l'Ecole forment, bien qu'ayant leurs statuts distincts, un seul groupement professionnel auquel se rattachent également la Société d'Odontologie de Paris, et son organe : le Journal *L'Odontologie*. Le Budget général du groupement (Ecole-Association-Journal) s'est élevé pour l'exercice 1909-1910, en recettes et en dépenses, à la somme de 331.760 francs.

Cette œuvre, très intéressante, avait obtenu une médaille d'argent à Paris en 1900 ; le jury, tenant compte des services rendus depuis 10 ans et des progrès réalisés, a été heureux de lui accorder un diplôme d'honneur.

Deux médailles d'argent de collaborateur ont été attribuées à M. Delair et M. L. Lemerle.

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'hygiène dentaire.

Notre confrère M. Robert Morche, membre de l'A. G. S. D. F., vient de publier sous ce titre, chez l'éditeur J.-B. Baillière, un volume de 136 pages. Cet ouvrage, illustré de sept figures dans le texte, et précédé d'une préface de M. Godon, qui présente l'ouvrage aux lecteurs, et d'une introduction de l'auteur, est divisé en quatre parties.

La première est consacrée aux dents, mode d'implantation et division, différentes sortes de dentitions, évolution, structure, articulation des dents, maxillaires, glandes salivaires, muqueuses de la bouche.

La seconde s'occupe de la carie dentaire, de ses causes, de ses complications, de la pyorrhée, des accidents de dentition, des anomalies des dents et des maxillaires, des stomatites, gingivites, du bec-de-lièvre, de la perforation palatine et de la gueule-de-loup.

La troisième traite de la thérapeutique de la carie, des obturations, de la greffe, des opérations et extractions, de l'anesthésie locale et générale, de l'asepsie et de l'antisepsie, de la prothèse dentaire, orthopédique et restauratrice.

Dans la quatrième partie, l'auteur montre la nécessité de l'hygiène dentaire, du brossage et du lavage des dents, parle des dentifrices et de l'hygiène dentaire des nourrissons, signale l'utilité des fiches et schémas, mentionne les sociétés d'hygiène dentaire et leur but. Il examine le rôle des pouvoirs publics et de la presse en matière d'hygiène, dit quelques mots des charlatans, expose la réglementation de l'art dentaire, et termine par des conseils et des aphorismes d'hygiène dentaire qu'il fait suivre d'un exposé de l'action du Comité national français d'hygiène dentaire et de ses statuts.

Beaucoup de confrères ont été tentés du désir d'écrire un traité de ce genre, mais en raison des difficultés de la tâche, bien peu ont réussi à présenter au public un livre méritant vraiment ce nom, M. Morche s'est tiré avec honneur de cette entreprise délicate ; il faut l'en féliciter.

La Céroplastique.

Il vient de paraître sous ce titre, chez MM. Ash et fils, un *Manuel à l'usage des dermatologistes et chirurgiens-dentistes* dû à

notre confrère M. Gatineau, membre de l'A. G. S. D. F. Cet ouvrage de 95 pages, précédé d'une préface, comprend deux parties : la première, consacrée au plâtre, au moulage et à ses modalités, au durcissement du plâtre, à la prise de l'empreinte, au dépouillement du relief, etc. ; la seconde, traitant de la cire, de la manière de la travailler, du coulage de la cire, de la fabrication et de l'implantation de la barbe, des cils, sourcils et des cheveux.

Ce livre, illustré de 70 gravures, véritable traité de modelage, destiné à l'enseignement des moulages sur nature, témoigne d'une compétence particulière chez son auteur, qu'il convient de remercier de cette publication.

The prevention of dental caries and oral sepsis.

M. H. P. Pickerill, directeur de l'Ecole dentaire de l'Université d'Otago (Nouvelle-Zélande), dont nous avons récemment reproduit un article, vient de publier chez les éditeurs Baillière, Tindall et Cox à Londres, un ouvrage de 374 pages sur la prévention de la carie dentaire et de la septicémie buccale. Cet ouvrage en est à sa 2e éd tion.

Après la préface de la 2e édition et celle de la première, viennent les 21 chapitres : historique, survenance et pathologie de la carie, anatomie et physiologie de la mastication, facteurs autres que le régime alimentaire influant sur la disposition des dents et diminuant leur résistance à la carie, émail, ses propriétés physiques et son pouvoir de résistance, odontographe, origine et importance des lignes d'imbrication, anomalies de l'émail et leur importance pathologique, propriétés physiques et composition chimique de l'émail, salive, insuffisance thyroïde et carie dentaire, réduction des facteurs carbohydratés par des moyens physiologiques, réduction de ces facteurs et des bactéries par des moyens artificiels, inoculation de la bouche par d'autres organismes, sécrétions alimentaires, régime alimentaire des races relativement à l'immunité à la carie, régimes alimentaires des peuples civilisés modernes, leurs erreurs et leurs corrections, moyens d'enseignement, besoin d'une législation spéciale.

Un index alphabétique et une liste des auteurs consultés ou cités terminent ce livre, qui témoigne d'une connaissance profonde du sujet. 74 figures dans le texte et 12 tableaux graphiques ou statistiques complètent cette savante publication.

VARIA

LES DENTISTES A DIJON AU XVIII[e] SIÈCLE

Dans le dernier numéro de l'excellent « Journal de la Côte-d'Or » à Paris, notre compatriote M. L. Matruchot écrit :

M. le D[r] Dervieux, médecin-légiste à Paris, vient de présenter au Congrès de médecine légale un rapport sur la question des experts-dentistes, où nous trouvons, dans la partie historique, de curieux documents sur les dentistes d'autrefois. Nous en extrayons, pour la joie de nos lecteurs, les deux coupures suivantes se rapportant à des « artistes » de Dijon.

D'abord voici un « avis au public ». « Le sieur Masson, dit Bernard, habitant de la ville de Dijon, a donné tous ses soins pour se rendre expert-dentiste et extirper les cors des pieds et ongles qui rentrent dans la chair; il réussit à des bandages propres à toutes descentes et hernies, et guérit les enfants qui sont incommodés, il a donné aussi des preuves de son habileté à garantir les appartements de la fumée. Il a l'honneur d'annoncer à ces concitoyens que beaucoup de personnes de considération de cette ville l'engagent à y fixer sa demeure pour l'utilité publique et le soulagement de tous ceux qui sont sujets à ces incommodités; ce qu'il fera dans tous les temps avec le zèle et le dévouement dont il a donné des preuves jusqu'ici ; tâchera de le continuer jusqu'à la fin de ses jours, et de mériter la confiance de ceux qui l'honoreront de leurs bontés. Il prendra des abonnés. Il est logé rue du Tillot.

« Vu, permis d'imprimer à Dijon, le 16 juillet 1775. Signé : Raviot. »

Un autre avis au public, de la même époque, est ainsi conçu : « Messieurs et Dames, vous êtes avertis qu'il est arrivé en cette ville le sieur Morel, dentiste de l'Université de Montpellier, qui est des plus experts et renommés pour les dents ; il n'entend point abuser de la complaisance du lecteur par un ennuyeux détail d'une fausse présomption, il se flatte de les nettoyer d'une propreté achevée, ôtant le tuf et la crasse qui s'y attache. Il distribue une essence qui apaise la douleur des dents. Il remet les dents qui manquent avec tant de dextérité qu'il est impossible de les distinguer des naturelles. Il les tire avec une grande subtilité, soit dents, chicots, racines, etc., la plus difficile comme la plus aisée, celles mêmes qui auraient été manquées, il les tirera comme si on n'y avait jamais touché. Il vend de l'opiat

et des éponges préparées pour le même usage. Il est logé chez le sieur Ormancet, perruquier, vis-à-vis de l'Hôtel de Ville à Dijon. »

(Progrès de la Côte-d'Or, 29 août.)

L'HYMNE AU SOLEIL

Voilà, mieux que tous les dentifrices du monde, les masques en caoutchouc qui permettent aux dents des cures de soleil.

(Annonce des journaux).

A la manière d'Edmond Rostand.

Toi qui sèches les pleurs des moindres graminées,
Qui fais d'une fleur morte un vivant papillon,
On peut utiliser sur les dents fatiguées,
Au lieu des brosses surannées,
La merveille de tes rayons.....

On t'emploie, ô soleil, ô toi dont la lumière
Sait blanchir la dent triste et dorer le chicot,
Caressant la gencive et frôlant la molaire,
Brisant le tartre centenaire,
Balayant le tartre nouveau.....

Je te chante, ô dentiste divin, qui fais vite
Ton œuvre dans la bouche et sans mettre le doigt,
On sait bien que guérir l'atroce sinusite,
Apaiser la périostite,
N'est qu'un jeu de soleil pour toi....

Tu changes en émail l'éclat de ma mâchoire,
Tu refais un sourire avec un vieux dentier.
La lèvre en s'entr'ouvrant peut montrer de l'ivoire
On n'attend pas — peut-on le croire.
Et tu ne fais pas payer.....

PLATNAZ.

NOUVELLES

Banquet.

Nous apprenons que M. le Prof. C. N. Johnson, de Chicago, universellement connu dans le monde dentaire, vient en France, pour la première fois, en juillet prochain.

Ses anciens élèves, dentistes en France, lui offriront un banquet le 25 juillet au Café de la Paix, place de l'Opéra.

Nous serons heureux de nous associer à leur manifestation de sympathie envers un si éminent confrère, et nous engageons tous nos lecteurs à venir le plus nombreux possible à ce banquet.

Le prix du banquet est de 15 francs.

Envoyer les adhésions et la correspondance à A. C. Robine, 9, rue Volney, Paris.

Légion d'honneur.

Nous avons le plaisir d'apprendre la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur de M. Barthelat, chef des travaux de bactériologie à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, chargé du cours de bactériologie à l'Ecole dentaire de Paris.

Nous lui adressons nos vives félicitations.

Mariage.

Nous apprenons le mariage de notre confrère M. Raymond Lemière, secrétaire général de la Société d'Odontologie de Paris, avec Mlle Jeanne Beaudequin. La cérémonie aura lieu le 16 juin à Limoges.

Nous adressons nos vives félicitations et nos souhaits de bonheur aux futurs époux.

Souscription.

Une souscription est ouverte pour élever un monument à Just Lucas-Championnière, chirurgien des hôpitaux.

Le comité d'organisation comprend ses maîtres, ses collègues, ses élèves et ses amis. Il est présidé par le Professeur Guyon, membre de l'Institut.

L'Ecole dentaire de Paris s'est inscrite pour une somme de 100 francs.

M. Lucas-Championnière fut, on le sait, le premier médecin qui souscrivit pour la fondation de l'Ecole dentaire de Paris en 1880.

Cercle odontologique de France.

Le cercle odontologique de France a tenu sa réunion mensuelle le jeudi 28 mai 1914, à 8 h. 3/4 du soir, à l'Hôtel des Sociétés savantes, pour entendre les communications suivantes :

1. L'hygiène dentaire et les sociétés professionnelles, M. Francis Jean.

2. *a*) La stérilisation des pompes à salive et leur conservation aseptique, M. Hugot. *b*) 4e Degré. Le traitement en une ou deux séances, M. Hugot.

3. Conservation des pulpes saines sous les couronnes en or, M. J. Fildermann.

4. Prothèse médiate du maxillaire supérieur à la suite d'un sarcome opéré depuis vingt-deux ans, M. Delair.

5. Langue blanche et noire, M. Bizard.

Société française de Stomatologie.

Des élèves directs de Magitot, qui fut le créateur de la *Revue de Stomatologie* et le véritable initiateur scientifique de cette spécialité, désireux de faire revivre les traditions de cet illustre maître, viennent, avec un groupe de médecins stomatologistes, de fonder une nouvelle Société médicale, la « Société française de Stomatologie ». Ils ont inscrit à leur programme tout ce qui peut concourir aux progrès de cette branche de la médecine.

Son bureau est ainsi constitué : président : M Cruet ; vice-présidents : MM. Nogué et Frey ; secrétaire général : M. Herpin ; secrétaire général adjoint : M. Rousseau-Decelle ; secrétaires des séances : MM. Vaysse et Lassudrie ; trésorier : M. Leduc ; archiviste-bibliothécaire : M. Mendel.

Les séances auront lieu le premier jeudi de chaque mois à l'Hôtel des Sociétés savantes. (*La Presse Médicale*, 20 mai 1914.)

En Egypte.

Nous complétons l'information publiée dans notre numéro du 15 mars dernier par des renseignements plus récents.

Plusieurs dentistes diplômés d'écoles libres européennes de bonne réputation viennent de présenter une requête à Lord Kitchner pour se plaindre que l'Administration des services sanitaires leur refuse l'autorisation d'exercer en Egypte. Des délégués des plaignants, du Ministère de l'Intérieur et des Services sanitaires ont tenu une réunion le 1er mai à l'Agence britannique pour étudier cette question.

(*La Bourse égyptienne*, 2 mai 1914).

Les élèves égyptiens de l'Ecole dentaire de Paris remercient Lord Kitchner, le Ministère de l'Intérieur et les Services sanitaires d'avoir bien voulu mettre à l'étude la question de l'autorisation de l'exercice de l'art dentaire en Egypte. Ils demandent, eux aussi, le relèvement de la profession dentaire en Egypte, ne doutant pas que leur diplôme ne soit mis au rang de ceux qui ont déjà permis d'obtenir cette autorisation.

L'Art dentaire en Roumanie.

L'Indépendance roumaine du 18 mars 1914, qui paraît à Bucharest en français, donne le résumé d'un règlement sur l'exercice de l'art dentaire en Roumanie publié le jour même par l'organe officiel gouvernemental.

Personne n'a le droit, aux termes de ce règlement, de professer l'art dentaire sans avoir obtenu le droit de libre pratique du Conseil sanitaire supérieur.

Ce droit n'est reconnu qu'aux docteurs en médecine ayant fait des études spéciales dans une école dentaire et aux docteurs en médecine ayant fait leurs études à une faculté où l'enseignement dentaire existe.

Par dérogation peuvent être dentistes ceux qui ont des droits acquis en vertu des lois antérieures ou qui ont fait des études spéciales dans une école de l'étranger ayant la réputation d'un établissement d'instruction professionnelle.

Tous les diplômes devront être légalisés par la légation roumaine respective, puis par notre ministère des Affaires étrangères.

A Strasbourg.

On raconte, à Strasbourg, la véridique histoire que voici :

Un sous-officier, qui avait une dent gâtée, alla à la visite, et le médecin se conformant à une récente prescription, l'envoya chez un *dentiste*. Celui-ci certifia que la dent devait être enlevée et remplacée. Dès lors la machine administrative fonctionna sans arrêt pendant trois mois entiers. Le capitaine de la compagnie établit un procès-verbal de mise hors de service et soumit aux différentes instances une demande motivée pour la mise à la charge des frais au « fonds militaire ». Cette demande était, bien entendu, accompagnée d'une attestation du médecin du bataillon. Le colonel exigea, en outre, une approbation par le médecin-chef du régiment.

Revêtue de l'avis favorable du chef de corps, la demande passa par le médecin de la brigade, par le médecin de la division et le directeur du service de santé du corps d'armée.

Cette Direction traita la question suivant toutes les règles de la bureaucratie. Elle reconnut que la dent du sous-officier était gâtée et que son remplacement était nécessaire, mais elle demanda au régiment si « la mastication du pain de troupe était explicitement reconnue comme nécessité ayant un caractère de service ». Dans le cas d'une réponse négative, on pouvait s'attendre à un refus du Service de l'intendance.

Le régiment étudia la question, mais n'osa pas la trancher et, comme elle avait un caractère « principal », il en référa au ministère à Berlin, en suivant, bien entendu, la filière hiérarchique.

Le ministère répondit que la question ainsi posée était incomplète, car il s'agissait de savoir si l'objet à remplacer (la dent) ne pouvait pas servir à un usage non militaire. Toutefois, sans attendre la réponse, il décida que la mastication du pain de troupe constituait un service militaire, mais que le « fonds militaire » ne pouvait cependant être mis à contribution que dans des cas exceptionnels et dont chacun devait faire l'objet d'un examen particulier.

Le sous-officier finit par avoir sa dent soignée et remplacée, mais il en coûta au « fonds militaire » la somme de 5 marks.

(*L'Express*, de Mulhouse, 22 avril 1914.)

34e ANNÉE. No 12. 30 JUIN 1914 VOL. LI

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

ENREGISTREMENT DE LA TRAJECTOIRE CONDYLIENNE PAR LA MÉTHODE INTRABUCCALE ET RÈGLES A SUIVRE DANS LE MONTAGE DES MODÈLES SUR LES ARTICULATEURS ANATOMIQUES[1]

Par O. AMOEDO.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 3 mars 1914.)

Il y a près d'une vingtaine d'années, en revenant du Congrès international de médecine de Moscou avec mon regretté maître Bonwill, j'obtins de lui de nous faire à cette même tribune une conférence sur ses découvertes si originales, sur le problème de l'articulation des dents, conférence que j'eus l'honneur de traduire de l'anglais au fur et à mesure qu'il la développait.

Depuis lors, ce captivant sujet a été traité ici à plusieurs reprises, tantôt au point de vue de l'anatomie pure, par Cryer, de Philadelphie, Choquet et moi-même ; tantôt au point de vue de ses applications à la prothèse par Godon, Martinier, Villain, Warnekros, Ruppe. Tout dernièrement, répondant à une invitation que je me suis permis de faire en votre nom, nous avons eu le privilège d'entendre la très intéressante conférence du praticien le plus

1. Cette communication a été illustrée par plusieurs planches murales et plusieurs appareils montés sur articulateurs Amoëdo, Simplex, et adaptable de Gysi ; les différentes phases de la technique opératoire ont été démontrées sur un patient.

savant dans la matière : j'ai nommé le professeur Gysi.

A ces multiples travaux de la Société d'Odontologie, il faut ajouter les nombreuses séances de démonstrations pratiques données à l'Ecole dentaire, où j'ai eu l'honneur de prendre part au moins 4 ou 5 fois depuis 1900.

L'intérêt, chaque fois grandissant, qu'attachent les professionnels de tous les pays à cette importante question, prouve que les idées semées par Bonwill, depuis un demi-siècle, commencent à donner leurs fruits et que bientôt tout praticien désireux de rendre le maximun de services à ses patients et d'en recevoir la juste récompense se fera un devoir de s'adonner à l'étude pratique de l'articulation des dents.

J'ai eu des confidences des praticiens ayant dû abandonner les articulateurs anatomiques, faute de savoir les manier. Il est évident que l'étude de ces instruments, ainsi que l'étude de l'articulation des dents entre elles, requiert au préalable l'étude morphologique de chaque dent en particulier, puis l'étude des groupes des dents, jusqu'à la formation des arcades dentaires. Et en faisant cela, il ne faut pas limiter ses études aux seules dents humaines ; il faut observer les arcades dentaires du reptile, du rongeur, de l'herbivore, du carnassier et des ruminants et noter que chaque cuspide, que chaque pan de ces cuspides a une forme et une direction, comme l'a la dent tout entière, en relation directe avec le régime d'alimentation de chaque espèce et que tout l'ensemble du système dentaire est en harmonie directe avec l'articulation temporo-maxillaire de chaque individu.

Le cadre de ma communication ne comporte pas d'entrer dans tous ces détails, mais néanmoins, et m'aidant de ces planches murales, je me permettrai de vous donner la synthèse de mes observations personnelles et celle de ceux qui ont étudié la question, afin de justifier le titre de ma communication, c'est-à-dire pourquoi faut-il enregistrer la trajectoire condylienne.

Tout d'abord, voyons comment sont constituées les ar-

cades dentaires chez l'homme normal possédant toutes ses dents, avant d'étudier la bouche des édentés.

Mes observations m'ont permis de trouver ce qui avait échappé aux autres anatomistes, à savoir : que l'arcade dentaire supérieure présente, chez l'homme normal, deux plans : un antérieur, comprenant douze dents, et un autre postérieur comprenant les quatre autres dents. J'ai dénommé ces plans, en vue des applications à la prothèse, l'antérieur *plan d'occlusion* (fig. I, A) et le postérieur *plan de compensation* (fig. I, C).

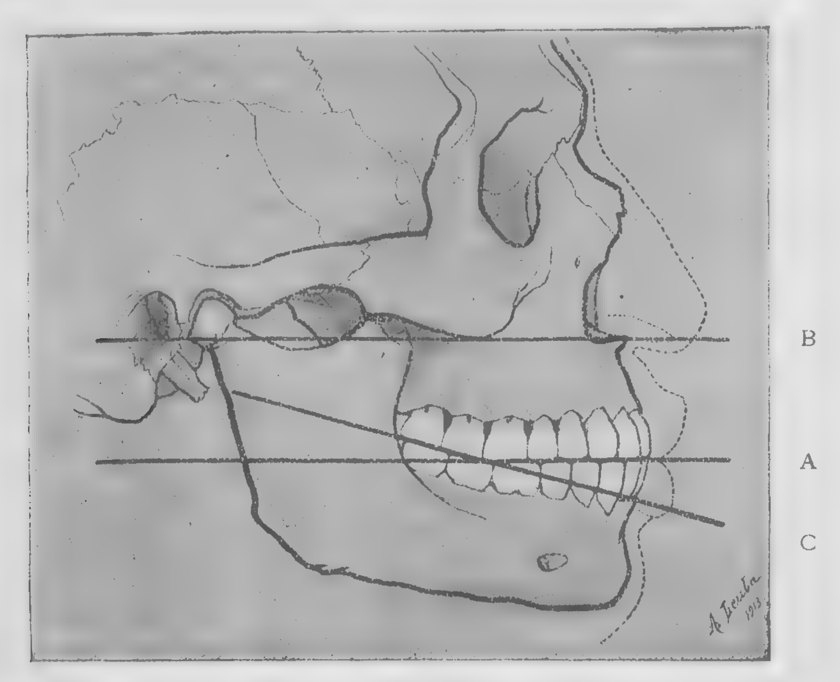


Fig. 1. — A) *Plan d'occlusion* de l'arcade dentaire supérieure. — C) *Plan de compensation* de la deuxième et troisième molaires. — B) *Ligne auriculo-naso-labiale*, parallèle au plan d'occlusion A.

La dénomination de courbe de compensation doit être abandonnée, ainsi que la courbe de Spee qu'on ne trouve d'ailleurs que dans les arcades dentaires très usées [1].

---

1. Je ne parle pas du plan de mastication de Barclay cité dernièrement par M. Ruppe (*L'Odontologie*, 30 janvier 1914, pag. 50) car ce plan comprend seulement la voûte palatine, sans s'occuper des arcades dentaires. (Paul Broca

Le plan d'occlusion chez l'enfant possédant dix dents à l'arcade supérieure, est rectiligne. C'est-à-dire qu'en plaçant cette arcade sur une surface plane, toutes les dents la touchent. Lorsque les deux premières grosses molaires permanentes supérieures finissent leur évolution, elles se placent dans le même plan droit des dents de lait. Ces dix dents temporaires seront remplacées par d'autres permanentes lesquelles viendront se placer dans la même ligne droite ; ce sera le *plan d'occlusion,* lequel est immuable.

Plus tard apparaissent les deuxièmes grosses molaires et leur éruption coïncide avec la formation du condyle temporal. Les mouvements de protrusion de la mâchoire ne se font plus comme précédemment horizontalement, mais en s'inclinant en bas et en avant, si bien que cette deuxième molaire supérieure ne peut pas descendre jusqu'au plan d'occlusion ; elle reste, par rapport à ce plan, formant un angle de 15 à 20°.

Les dents de sagesse, en faisant leur éruption restent au niveau des deuxièmes molaires, formant ainsi le plan postérieur ou *plan de compensation* (fig. I, C).

Le plan d'occlusion des douze dents supérieures, est parallèle à une ligne allant de la partie inférieure du conduit auditif externe à l'union de l'aile du nez et de la lèvre supérieure. J'ai donné à cette ligne le nom de plan auriculo-naso-labial [1] (fig. I, B).

Je vous rappellerai brièvement les lois anatomiques trouvées par Bonwill dans l'articulation des arcades dentaires, lois qui sont d'une application journalière dans la prothèse.

Dans les mouvements de protrusion, lorsque la mâchoire avance, le condyle maxillaire descend de la fosse glénoïde

---

« Nouvelles recherches sur le plan horizontal de la tête et sur le degré d'inclinaison des divers plans cranéens ». Bulletin de la Société d'Anthropologie de Paris, 1873, p. 542).

1. Le plan de Camper, également cité par Ruppe (L. C.), va du centre du conduit auditif à l'épine nasale inférieure et ne s'occupe pas des arcades dentaires. Ce plan a été établi par les anthropologistes pour chercher l'horizontalité des crânes.

et vient se placer, par l'intermédiaire du ménisque inter-articulaire, sous le condyle temporal. Les incisives inférieures descendent, avancent et se mettent en contact avec les supérieures ; les deuxièmes molaires inférieures (de droite et de gauche) descendent aussi et avancent et se mettent en contact avec la partie distale des premières molaires supérieures. Ce sont les trois points de contact : deux aux régions des molaires et un incisif (fig. 2).

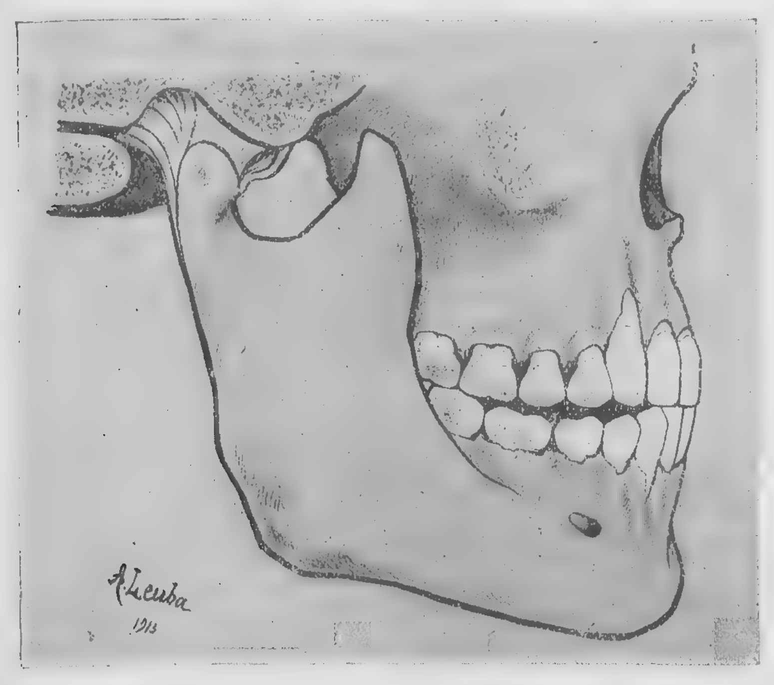


Fig. 2. — Mouvement de protrusion de la mâchoire ; le condyle est descendu de la fosse et s'est porté en avant en entraînant le ménisque, de sorte que le mouvement a eu lieu dans l'articulation ménisco-temporale. La deuxième molaire inférieure est descendue aussi, s'est avancée et s'est mise en contact avec la partie distale de la première molaire. Les incisives inférieures sont également descendues et avancées et se sont mises en contact par leur bord tranchant avec ceux des incisives supérieures. Les autres dents restent éloignées les unes des autres dans ce mouvement de protrusion. Le côté gauche de l'articulation et les arcades dentaires présentent simultanément les mêmes dispositions. Ces trois points de contact des dents furent découverts par Bonwill.

Dans les mouvements de latéralité de la mâchoire vers la droite (fig. 3) le condyle descend sous le condyle temporal et avance. La molaire inférieure gauche est descendue et déplacée vers la droite. Son tubercule vestibulaire articule

avec le tubercule lingual de la première molaire supérieure. La molaire inférieure droite a également subi le mouvement de déplacement vers la droite. Ses tubercules linguaux articulent avec les linguaux supérieurs et les vestibulaires inférieurs articulent avec les vestibulaires supérieurs. Les surfaces triturantes des molaires inférieures regardent vers le palais, et les surfaces triturantes des molaires supérieures regardent en bas et vers la joue.

Je viens de vous décrire, aussi abrégées que possible, l'anatomie et la physiologie des arcades dentaires parfaites et ces connaissances vont nous servir de base dans la restauration des arcades dentaires chez l'édenté.

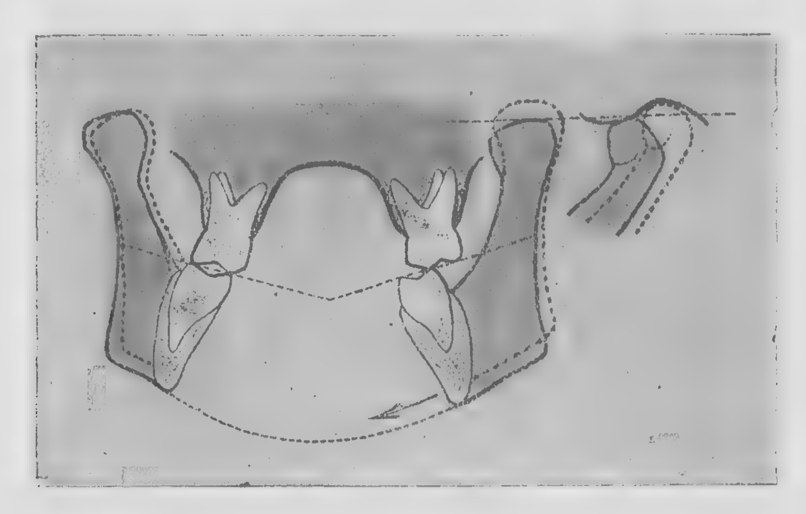


Fig. 3. — Mouvement de latéralité de la mâchoire vers la droite. On voit sur le côté gauche de la figure le condyle descendre sous le condyle temporal et avancer. La molaire inférieure gauche est descendue et déplacée vers la droite. Son tubercule vestibulaire articule avec le tubercule lingual de la première molaire supérieure. La molaire inférieure droite a également subi le mouvement de déplacement vers la droite. Ses tubercules linguaux articulent avec les linguaux supérieurs et les vestibulaires inférieurs articulent avec les vestibulaires supérieurs. Les surfaces triturantes des molaires inférieures regardent vers le palais et les surfaces triturantes des molaires supérieures regardent en bas et vers la joue.

Voyons maintenant quelle doit être notre conduite en présence d'un individu édenté.

Autrefois on se contentait de prendre un articulé avec un bourrelet de cire ramollie et de monter les modèles sur

un articulateur en plâtre ou en métal, à mouvement unique d'ouverture et de fermeture, comme celui des charnières des portes ; le mécanicien, empiriquement et au petit bonheur montait les dents ; mais aujourd'hui, grâce aux longues et patientes études de Bonwill, Walker, Snow, Christensen, Gysi et bien d'autres, nous sommes en état de pouvoir agir scientifiquement. Nous pouvons donc, en prenant les mesures de la bouche, savoir comment il faudra faire l'appareil qui conviendra à chaque individu en particulier.

Voici la technique à suivre :

On prend l'occlusion des arcades alvéolaires comme à l'ordinaire, mais en ayant soin que la cire supérieure soit parallèle à la ligne *auriculo-naso-labiale.*

Pour obtenir la hauteur que doivent avoir les cires, on peut se servir avantageusement du *compas d'or* de Tarpitz. On doit marquer sur les cires les contours des lèvres, en les faisant surélever comme dans un accès de rire.

Afin de se repérer plus tard, on pratique sur les bords libres des cires une entaille à celle du haut et une autre à celle du bas à gauche, et deux entailles du côté droit.

Ces cires étant bien refroidies, on les remet dans la bouche ; on place entre elles, sur les régions des bicuspides, deux boulettes de godiva de la grandeur d'une petite noix. On fait mordre en protrusion forcée et l'on refroidit en place. Puis on finit le refroidissement en dehors de la bouche. On sépare les cires et l'on met de côté, pour plus tard, les deux morceaux de godiva.

Cette manœuvre nous a donné l'inclinaison condylienne ; il nous faut maintenant savoir quelle est la distance entre les bords alvéolaires incisifs et les condyles. Je l'obtiens avec l'arc facial de Snow. On doit fixer sa fourche sur la cire supérieure, parallèlement au plan d'occlusion.

On remet les cires dans la bouche et l'on place les extrémités de l'arc sur les condyles. La face doit être au centre de l'arc et ensuite l'articulateur doit également se trouver au centre de l'arc. On doit monter alors les modèles sur l'articulateur.

Maintenant on place les morceaux de godiva entre les cires, ce qui est facilité grâce aux entailles et en laissant libres les curseurs de l'articulateur, on porte la mâchoire en avant comme l'avait fait le patient et les curseurs se placeront automatiquement à la même inclinaison. Il n'y a qu'à serrer les vis des curseurs et on a l'articulateur repéré avec une inclinaison condylienne égale à celle de l'individu.

Nous avons donc la clef pour le placement des dents. Si la trajectoire est de moins de 15°, c'est-à-dire si les curseurs se placent presque horizontalement, toutes les dents doivent se placer dans une ligne droite, sans compensation ni inclinaison des molaires vers la langue ou vers la joue, et sans chevauchement incisif.

Mais si l'inclinaison est par exemple de 35° (le curseur un peu plus haut que la moitié du quart de sphère) on doit placer les douze dents supérieures antérieures, dans une ligne droite, et placer la deuxième molaire inclinée vers le haut et en arrière formant un plan de compensation. Ici les molaires inférieures sont inclinées en dedans et les supérieures inclinées en dehors ; les incisives avec chevauchement.

Dans la plupart des cas, le côté droit a une inclinaison différente de celle du côté gauche et j'ai trouvé un cas ayant 35° de différence entre le côté droit et le gauche.

Voici un jeune confrère qui possède toutes ses dents et a une différence de 10° d'un côté à l'autre dans ses inclinaisons condyliennes.

Par tout ce que je viens de vous dire, je crois que vous êtes maintenant aussi convaincus que moi de la nécessité de connaître l'état de l'articulation temporo-maxillaire, avant d'entreprendre la restauration des arcades dentaires.

Je finirai en répétant ici les considérations par lesquelles le Dr G. Wood Clapp finissait sa communication au Congrès de Glasgow en 1912[1].

---

1. « L'articulation anatomique des dents artificielles », par Georges Wood Clapp, D. D. S., traduit par le Dr G. Robin. *Le Monde Dentaire*, février 1914.

« Le jour, disait-il, où la profession tout entière appré-
» ciera à leur juste valeur les besoins des patients, qui ré-
» clament dentiers ou bridges pour mastiquer leur nourri-
» ture, quand elle comprendra que c'est de nous que
» dépend en grande partie l'assimilation des aliments,
» c'est-à-dire la base de la santé, quand elle se sera pro-
» fondément perfectionnée dans la science de l'articulation
» et pourra construire des dentiers et des bridges répon-
» dant parfaitement aux nécessités de la mastication, de
» l'esthétique et de la prononciation, elle aura apporté à
» l'humanité un des plus grands services qu'il est en son
» pouvoir de lui rendre. Puisse ce jour être proche! »

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

DE L'ENFUMAGE IODÉ DANS LE TRAITEMENT DU QUATRIÈME DEGRÉ ET DE SES COMPLICATIONS

Par Henri Grasset.

(*Communication à la Société d'Odontologie, 5 mai 1914.*)

Voilà plus de soixante ans que les vapeurs iodées ont été préconisées par plusieurs médecins pour le traitement soit de la tuberculose pulmonaire, soit de la sclérose auriculaire et de nombreux praticiens ont publié de fort intéressants rapports sur les résultats obtenus par ce mode de traitement ; entre autres M. L. Lépinay, directeur de « *La Revue Médicale comparée* », a fait paraître des notes sur l'enfumage iodé en thérapeutique humaine et en thérapeutique vétérinaire, mais je n'ai pas connaissance qu'on ait pratiqué ce mode de traitement en thérapeutique dentaire.

Je soigne les quatrièmes degrés et leurs complications par l'enfumage iodé depuis plusieurs années, et les résultats obtenus sont si satisfaisants que je suis désireux aujourd'hui de faire part à mes confrères de ce procédé nouveau pour nous, afin qu'ils puissent à leur tour le pratiquer et se convaincre pour eux-mêmes des avantages qu'il présente.

Les traitements des racines infectées, d'abcès avec leurs récidives, d'anciennes fistules, et surtout de formations kystiques sont voués fréquemment à un fatal insuccès. Malgré les soins les plus minutieux et les plus grandes précautions, l'amélioration se fait lentement sentir, et ce n'est qu'à force de temps et de patience que la guérison devient définitive ; que de fois même l'amélioration se faisant trop attendre, praticien et patient décident, de commun accord, de supprimer la dent en cause !

Il est pénible également pour un professionnel de ne pouvoir soulager immédiatement un patient atteint d'abcès dans son début, et dans ce cas, l'extraction est loin de satisfaire le but que nous proposons ; c'est justement pour combler cette lacune que je désire vous entretenir sur les enfumages iodés.

L'iode tel qu'on l'emploie couramment, c'est-à-dire en teinture, ne laisse apercevoir que faiblement les avantages qu'on peut en tirer ; cela surtout si l'on ne prend pas soin de renouveler

souvent cette teinture, dont l'action devient rapidement irritante par formation d'acide iodhydrique. Pour éviter ces inconvénients, je me sers d'iode métalloïdique sur lequel je fais passer un courant d'air chaud, et j'obtiens ainsi des vapeurs d'iode naissant qui ont une action autrement plus efficace.

Cet admirable médicament mérite certainement une grande attention, et je suis persuadé qu'étant employé dans ces conditions, il sera placé, par les praticiens, en toute première ligne pour sa valeur thérapeutique.

De tout le corps humain, la bouche et les dents sont les plus aptes à recevoir les enfumages iodés; ceux-ci, en effet, se localisent aux parties atteintes, qui dans l'espèce n'ont jamais une grande superficie ; on n'aura donc pas à redouter les accidents survenus après les enfumages de vessies, ou de tous autres organes offrant une grande surface.

Je ne voudrais pas m'étendre sur les propriétés connues de l'iode et ses nombreuses applications; mais on peut déduire que les guérisons que je cite plus loin ont été obtenues presque instantanément et il est à remarquer que lorsque l'enfumage a été fait dans de bonnes conditions, la douleur cesse généralement dans la demi-heure qui suit. Pour terminer, je cite quelques observations qu'il m'a été donné de faire.

Je n'ai jamais noté un insuccès dû à ce mode de traitement, et si quelquefois l'enfumage iodé n'a pas donné les résultats qu'on est en droit d'attendre, l'échec était dû à un défaut de préparation opératoire ou à un état de résorption trop avancé des parties dures, soit des racines, soit des alvéoles ; mais tant que ces tissus n'ont pas cédé, on peut espérer un résultat immédiat et convaincant. Nombre de dents, vouées au davier, pourront être sauvées de cette façon.

Le procédé de l'enfumage est des plus simples, et le genre de poire destinée à cette opération facilite dans une grande mesure l'application de ce traitement. Cette dernière est construite de façon que l'on puisse s'en servir à la maison ou par l'intermédiaire du tableau électrique.

L'appareil à main consiste en une poire ordinaire et en une canule à double renflement *A* et *B*.

Le renflement A sera mis sur la flamme et ne servira qu'à envoyer l'air surchauffé dans le renflement B. Ce dernier est pourvu d'un orifice destiné à recevoir un comprimé d'iode pur préparé dans ce but ; un mode de fermeture spéciale assure une occlusion parfaite. La poire étant prête à envoyer les vapeurs iodées, on les chassera par une pression de la main dans les parties que l'on veut désinfecter.

Après avoir mis en place la canule, en bouchera la cavité avec de la cire ou de la gutta ramollie que l'on maintiendra avec le doigt pendant la durée de l'enfumage ; ceci afin d'assurer une action plus pénétrante de l'enfumage, et pour éviter que les vapeurs iodées, sortant de la cavité, n'incommodent le patient.

Aussitôt après l'enfumage, on mettra un pansement antiseptique dans la cavité pulpaire, et l'on obturera hermétiquement à la gutta. Cette dernière opération doit se faire aussi rapidement que possible, afin que les vapeurs iodées conservent toute leur efficacité.

On se rend compte que ce procédé est des plus simples ; les vapeurs iodées pénétrant et imprégnant la dentine radiculaire, détruisent d'une façon complète les foyers microbiens, même si ceux-là ne sont pas à la portée de notre instrumentation.

Malgré ces avantages, et comme il faut posséder toutes les chances de réussite, on prendra soin de travailler toujours sur un champ bien préparé, et de ne pas obturer le canal à l'apex par des débris dentinaires, lors de l'enlèvement de la dentine ramollie et infectée. On sèchera très soigneusement avant d'intervenir avec les insufflations iodées.

Quel que soit le degré de l'infection, on bouchera hermétiquement aussitôt après l'enfumage, et généralement à la troisième séance, la dent sera susceptible d'être définitivement obturée.

1re *observation.* M. C..., soixante ans, maladie de cœur, hydropique, état de santé des plus précaires (je cite son état général afin de démontrer le terrain peu favorable), se plaint de douleurs lancinantes dans toute la bouche. L'examen révèle une incisive centrale fortement cariée, avec fistule à la hauteur de l'apex. La pression du doigt fait suinter un pus abondant par la cavité et par la fistule. D'après les indications données par le malade, cet état existerait depuis plusieurs années. Cette dent fut traitée par mon procédé habituel, c'est-à-dire enlèvement de la dentine ramollie, lavages à l'eau oxygénée, séchage et enfumage aux vapeurs iodées ; j'obturai définitivement la racine et la cavité à la deuxième séance.

2e *observation.* M. B... vient me consulter pour une deuxième molaire inférieure droite. Il souffre depuis deux jours, la nuit ne peut dormir, car, lorsqu'il s'assoupit, sa mâchoire se contracte et vient choquer cette molaire allongée, provoquant une douleur aiguë. J'examine la dent et constate qu'elle a occasionné un abcès, alors en pleine marche ascendante. En plaçant les précelles sur la couronne et en ébranlant un tant soit peu la dent, je voyais suinter dans la cavité pulpaire un pus épais. Cette dent

étant très douloureuse, je nettoyai tant bien que mal, fis des lavages, séchai, opérai l'enfumage et obturai hermétiquement à la gutta. Un quart d'heure après, la douleur disparut, et vingt-quatre heures plus tard, je pus constater la guérison complète.

3e *observation*. Mme C... arrive de la province pour me consulter sur des douleurs ressenties au niveau de la première molaire inférieure droite. Je constate un abcès à maturité provoqué par une pulpe entièrement décomposée. J'incise la poche de l'abcès et fait sortir autant que possible le pus qui y est contenu. Je fais des lavages, un enfumage de vapeurs iodées, j'obture à la gutta. Je laisse passer trois jours avant d'ouvrir et constate la guérison. A la deuxième séance, j'ai obturé définitivement.

Tous les cas nombreux que j'ai eu l'occasion de soummettre aux enfumages iodés, ceci depuis trois ans, n'ont donné lieu à aucune récidive, du moins que je connaisse.

DE L'ASEPSIE DE LA PIÈCE A MAIN

Par Henry L. Weber, D. D. S.

(*Communication à la Société d'Odontologie de Paris*, 5 mai 1914.)

Il est évident que la pièce à main de la machine dentaire est un moyen de transmettre des germes d'un patient à un autre.

Par conséquent lorsque toutes les précautions ont été prises pour stériliser les instruments et les plateaux sur lesquels ils sont posés, il est tout à fait illogique de se servir de la même pièce à main pour tous les patients ; à quoi bon stériliser une chose et pas l'autre ?

Il y a un moyen bien simple de remédier à cela, sans trop de dépense, ni d'efforts.

Il suffit d'avoir un fourreau en métal qui s'emboîte sur la pièce à main Doriot, et qui y est maintenu, au moyen d'un anneau.

L'anneau glisse au-dessus du fourreau et se visse au haut de la pièce à main, et ainsi ne risque pas de bouger.

Il est facile de changer le fourreau à un moment quelconque et aussi souvent qu'on le veut, afin d'obtenir l'asepsie désirée.

REVUE ANALYTIQUE

La carie dentaire.

L'auteur distingue deux formes de carie : la forme blanche avec destruction rapide des tissus de la dent, et la forme noire avec destruction lente. La première s'observe plus souvent chez la femme, dans les dents supérieures, sur les faces proximo-antérieures et proximo-postérieures. On la rencontre fréquemment entre 14 et 28 ans, époque à laquelle se produit la plus grande destruction organique. Cette forme s'attaque de préférence à la race blanche et aux classes supérieures ; les maladies constitutionnelles paraissent avoir un assez grand rapport avec elle, ainsi que la réaction acide de la salive. Un régime alimentaire trop doux, ainsi que l'agglomération d'individus dans les milieux sociaux, favorise le développement de cette forme de carie.

La seconde forme, forme noire, est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme ; elle se rencontre surtout dans la race noire et son caractère principal est son évolution lente. Les individus atteints de cette forme de carie sont généralement forts ; leur régime est moins délicat ; ils vivent généralement dans les champs, raison pour laquelle l'air qu'ils absorbent est moins chargé de microbes.

Suit une description clinique de chaque forme.

La forme noire est plus bénigne que la forme blanche et l'on peut attendre un meilleur résultat des obturations. De même que les caractères anatomo-pathologiques varient dans l'une ou l'autre forme peut-être à cause de la variété de microbes et d'autres circonstances mentionnées, le traitement doit être également différent.

La forme blanche de la carie doit se traiter dès qu'apparaît une tache d'un blanc laiteux, au moyen d'obturations métalliques, d'après les principes de l'esthétique et l'extension préventive. Dans les cas de carie du second degré, après préparation de la cavité, on la désinfecte à l'acide thymique. Ne pas laisser de dentine cariée au fond de la cavité quand il s'agit de la carie blanche. Là où la chambre pulpaire se trouve ouverte, il paraît préférable de poser une coiffe protectrice. L'obturation doit être parfaitement polie. Le revêtement de ciment à l'oxychlorure et à l'oxyphosphate de zinc ne semble pas donner de bons résultats pour ce genre de carie : l'emploi du ciment amalgamé s'est montré plus satisfaisant.

(L. Leal, *La odont. colombiana*, 1912. *Labor.*, 9 fév. 1913, p. 127).

Le blanchiment des dents.

On commence par nettoyer mécaniquement et chimiquement la dent, on l'isole. On sèche la chambre pulpaire et le canal à l'ouate ; on déshydrate à l'alcool absolu, que l'on évapore à l'air chaud ou mieux à l'appareil de séchage électrique.

1re *phase.* — Une boulette de coton plus petite que la cavité et im-

prégnée de perhydrol est introduite. On bourre et par-dessus on met une petite boulette de caoutchouc non vulcanisé. On presse avec le brunissoir. Une ou deux applications suffisent dans le cabinet du praticien.

2e *phase*. — Ce sont alors des pansements conservés dans l'intervalle des interventions ci-dessus.

Pour l'application du pansement de blanchiment on emploie trois godets : dans le premier est un mélange de chloroforme et d'alcool, dans le second une solution d'acide sulfurique à 20 °/₀ et dans le troisième une pâte formée de perhydrol et d'acétozone, car cette dernière substance ne peut pas être introduite dans la cavité à l'état sec. Le caoutchouc et le coton employés précédemment sont enlevés, la cavité est lavée à l'alcool et chloroforme pour enlever toute trace d'humidité et de graisse. L'alcool est évaporé à l'air chaud. L'intérieur de la cavité est humecté avec la solution d'acide sulfurique à 20 °/₀ ; on croit que le peroxyde se comporte mieux en présence d'acides faibles. La pâte d'acétozone-perhydrol à consistance assez épaisse, est prise par petites portions avec une sonde et introduite dans la cavité, que l'on remplit ainsi aux 2/3. Une boulette de coton saisie par les précelles constitue le fouloir désiré pour enfoncer la pâte bien à fond.

En dernier lieu, on enfonce et on bourre dans la cavité par-dessus la pâte une petite boulette de caoutchouc non vulcanisé.

Les deux phases du traitement sont continuées simultanément jusqu'à ce que la dent ait pris bonne couleur.

(N. Black, *Brit. dental J.*, 1912, *Répert. de Méd.*)

La réimplantation des dents.

Même après plusieurs jours et surtout immédiatement on peut faire avec succès la réimplantation des dents enlevées par extraction erronée ou par suite de traumatisme. On conservera la dent dans la solution physiologique stérilisée de sel marin, on raccourcira l'extrémité radiculaire et on mastiquera le canal radiculaire par le trou de l'apex après ablation de la pulpe. On supprimera les bourgeons qui seraient dans l'alvéole et on enlèvera les parties nécrosées de la racine. La dent implantée dans l'alvéole sera fixée par des ligatures ou par tout autre moyen. Ces dents sont capables de fonctionner en général au bout de 2 à 4 semaines.

(Hofferdahl, *Arch. int. de laryngol, etc.*, 1912.)

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DU HAVRE

Programme des travaux de la Section d'Odontologie.

Lundi, 27 juillet.

1 heure après-midi. — Réception par le Comité local de la Section d'odontologie à l'Hôtel Moderne (81, boulevard de Strasbourg).

2 heures. — Séance générale d'ouverture au Grand Théâtre (Place Gambetta).

4 heures. — Séance de la Section pour l'organisation des travaux au Lycée de jeunes filles (rue Jules-Ancel).

8 h. 1/2. — Réception des congressistes à l'Hôtel de Ville par la municipalité.

Mardi, 28 juillet.

8 h. 1/2 matin. — A l'Hôpital général : séance de démonstrations pratiques.

11 heures. — Visite du Muséum, inauguration de l'Exposition de Préhistoire.

2 heures après-midi. — Au Lycée de jeunes filles, lecture et discussion des communications.

5 heures. — Visite du Port.

8 h. 45. — Au grand théâtre, conférence de M. le prof. Bigot ; au cercle Franklin, conférence populaire.

Mercredi, 29 juillet.

8 h. 1/2 matin. — Au Lycée de jeunes filles, lecture et discussion des communications.

11 heures. — Inauguration de l'Exposition d'Odontologie au Lycée de garçons.

2 heures après-midi. — Lecture et discussion des communications.

5 heures. — Visite industrielle.

8 heures. — Banquet de la Section d'Odontologie.

10 heures. — Soirée au Casino Marie Christine.

Jeudi, 30 juillet.

Excursion générale à Rouen.

Vendredi, 31 juillet.

8 h. 1/2 matin. — Au Lycée de jeunes filles, lecture et discussion des communications.

11 heures. — Visite du Musée de peinture et d'archéologie.
2 heures après-midi. — Séance générale anglo-française. Ordre du jour : le Tunnel sous la Manche.
4 heures. — Visites industrielles.
8 h. 45. — Conférence.

Samedi, 1er août.

8 h. 1/2 matin. — A l'Hôpital général, démonstrations pratiques.
2 heures après-midi. — Séance de la section.
4 heures. — Séance générale de clôture.

VIe CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

(Londres, 3-8 août 1914.)

Nous ne saurions trop insister pour que les dentistes français soient présents en très grand nombre au Congrès de Londres. Il y a une question d'amour-propre et de dignité nationale à montrer aux praticiens de tous pays réunis à cette occasion ce qu'est et ce que peut l'odontologie française. Il convient aussi de répondre à la courtoisie de l'invitation de nos amis les Anglais, qui ne négligent rien pour donner un éclat tout particulier à cette grande réunion internationale.

Adresser sans retard les demandes de renseignements, les adhésions, les cotisations, les titres de communications ou de démonstrations à M. Henri Villain, secrétaire général du Comité national français, 10, rue de l'Isly, Paris.

Tout bulletin d'adhésion envoyé directement à Londres est retourné au Comité national français pour approbation, conformément au règlement des congrès dentaires internationaux.



M. Godon a été chargé de représenter la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris au Congrès de Londres ; M. Bioux, de représenter l'Association générale syndicale des dentistes de France ; M. Blatter, de représenter la Fédération dentaire nationale ; M. Roy, de représenter le Comité national français d'hygiène dentaire et *L'Odontologie* ; M. Jeay, de représenter la Société d'odontologie ; M. Tzanck, le Cercle odontologique de France ; M. J. Fildermann, le *Journal odontologique ;* M. Joly (Calais), le Syndicat des chirurgiens-dentistes du Nord de la France ; M. Bettemann, le *Nord Dentaire ;* M. Lebedinski, la Société odontologique de France ; M. Fontanel, l'Association de l'Ecole odon-

totechnique; M. Blanc, l'Association amicale des anciens étudiants de l'Institut dentaire de Nancy.

***

Nous publierons dans le prochain numéro la 1re liste d'adhésion.

PROGRAMME PROVISOIRE.

Le Congrès sera tenu à l'Université et à l'Imperial College of Science and Technology, South Kensington, Londres, S. W., du 3 au 8 août 1914, sous le patronage de S. M. Georges V.

COMITÉ D'ORGANISATION.

Membres élus par la British Dental Association : J. H. Badcock; H. Baldwin ; Norman G. Bennett ; Walter H. Coffin ; W. H. Dolamore ; A. Hopewell-Smith ; Montagu F. Hopson ; L. Matheson ; Frank J. Pearce (secrétaire), G. O. Whittaker.

Membres élus par la Fédération dentaire internationale : H. R. F. Brooks ; Wm. Guy ; Walter Harrison ; J. Howard Mummery ; W. B. Paterson (président).

BUREAU DU CONGRÈS.

Président : J. Howard Mummery.

Vice-présidents : W. B. Paterson, L. Matheson, W. Guy, Dr A. W. W. Baker, et le Président de la British Dental Association.

Président du Comité d'organisation : W. B. Paterson.

Trésorier : H. Baldwin.

Secrétaires généraux : Norman G. Bennett ; H. R. F. Brooks.

Les bureaux du Congrès sont 10, Hanover Square, Londres, W.

INTRODUCTION.

Les Congrès dentaires internationaux sont tenus à des intervalles (de cinq ans actuellement) dans différents centres du monde, et le Congrès du mois d'août prochain sera *le premier tenu en Angleterre*. Les Congrès précédents ont eu lieu à Paris, 1889 ; Chicago, 1893 ; Paris, 1900 ; Saint-Louis, 1904 ; Berlin, 1909. Le Congrès de Londres se fait sur l'invitation de la British Dental Association. La Fédération dentaire internationale (F. D. I.) qui comprend des représentants (dont cinq élus par la British Dental Association) des grandes nations du monde, se réunit chaque année et constitue un intermédiaire, ou bureau permanent, entre les Congrès.

L'objet du Congrès est le progrès de la science dentaire, et le Comité d'organisation est très reconnaissant que Sa Majesté le Roi d'Angleterre ait bien voulu consentir à donner son patronage au Congrès, et d'attirer ainsi l'attention sur l'importance de la science dentaire par rapport à la santé publique et comme facteur du bien-être des nations.

Délégués.

Le Secrétaire d'Etat des Affaires étrangères a bien voulu inviter les Gouvernements étrangers à nommer des délégués officiels au Congrès ; des invitations ont été également envoyées par le secrétaire d'Etat des Colonies aux possessions anglaises d'outremer.

Les délégués suivants ont déjà été désignés :

Australie : Dr E. T. White, Brisbane.

Autriche : Professeur Scheff, conseiller du Gouvernement.

Nouvelles Galles du Sud : M. Donald Smith.

Nouvelle-Zélande: M. le professeur H. P. Pickerill.

Tasmanie : Sir John Mc Call.

Queensland : Dr E. T. White.

Danemark : M. le professeur Carl J. Christensen.

Grèce : M. L. Cocoris.

Pays-Bas : Dr C. Van der Hoeven et Dr A. A. H. Hamer.

Norvège : Dr S. Glad et Dr Imm. Ottesen.

Suède : M. Sten Hager.

Uruguay : Dr J. S. Burnett.

Les délégués suivants ont été nommés par les sociétés dentaires:

British Society for the Study of Orthodontics : M. G. Northcroft.

Glasgow Odontological Society : M. J. H. Stromier.

Association Dentaire du Japon : Dr Kanae Hanazawa.

Liverpool and District Odontological Society : M. J. W. Lloyd (Président).

Manchester Odontological Society : M. John Stephenson, président.

New Zealand Dental Association : Professeur H. P. Pickerill et M. T. A. Hunter (Dunedin).

North of England Odontological Society : M. C. Lotinga, président.

Royal Society of Medicine (Odontological Section) : M. C. F. Rilot.

School Dentists' Society : M. W. Fisk.

Sheffield and District Association of Licentiates in Dental Surgery : M. H. J. Morris.

Société dentaire du Transvaal : Mlle Jane Nathan.

Travail préparatoire.

Le Comité d'organisation s'est occupé depuis longtemps de préparer le Congrès et de fixer le programme, les lieux de réunion, les réceptions et divertissements, l'exposition dentaire industrielle, le logement des membres, etc. La lecture du programme ci-dessous (qui sera étendu et revu ultérieurement) montrera qu'en ce qui concerne l'intérêt scientifique le Congrès a toutes les chances de surpasser toutes les réunions précédentes. En fait, il n'y aura

pour ainsi dire pas une branche de la science dentaire, théorique ou technique, ou pour ce qui est de ses rapports avec la santé publique, qui ne soit pas traitée par les praticiens les plus marquants de chaque pays. L'organisation des réceptions des membres et visiteurs ne manquera pas, nous l'espérons, de faire honneur à l'hospitalité de la Grande-Bretagne. Le Comité d'organisation invite toutes les personnes qualifiées pour être membres à participer à ce qui sera probablement la plus grande et la plus importante réunion de dentistes que le monde ait vue. Le compte rendu du Congrès (gratuit pour tous les membres) sera publié le plus tôt possible après le Congrès, et constituera un précieux ouvrage de référence, et un résumé de l'état actuel de la science dentaire.

Dans sa préparation du Congrès, le Comité a été grandement assisté par des Comités spéciaux, et a agi continuellement en collaboration étroite avec les Comités nationaux de l'étranger.

Comité de réception.

Président : Le président de la British Dental Association.

Vice-présidents : L'ex-président de la British Dental Association et le président élu de la British Dental Association.

Quinze membres du Comité d'organisation.

Secrétaire : Mr Carl Schelling.

Comités nationaux.

France (Bureau de la F. D. N.[1])

MM. Dr C. Godon, président d'honneur ; Blatter, président ; Fontanel, Dr Pont, Lyon, vice-présidents ; Henri Villain, secrétaire général ; Barden, secrétaire adjoint ; Ferrand, trésorier.

Programme du congrès.

Mardi 4 août à 10 heures du matin. — Ouverture et réunion générale au Central Hall, Westminster.

Mardi à 2 heures. — Conférences scientifiques au cours de la session de l'après-midi :

France, Dr M. Roy.
Allemagne, professeur Walkhoff.
Angleterre, M. W. Guy.
Etats-Unis d'Amérique, Dr E. C. Kirk.

Lieux de réunion.

La séance d'ouverture et la réunion générale, à laquelle le Gou-

1. Nous donnons seulement la composition du Comité national français.

vernement de Sa Majesté sera officiellement représenté, auront lieu au Central Hall, Westminster.

L'Université South Kensington sera le quartier général du Congrès. Plusieurs sections s'y réuniront ; les bureaux généraux et l'exposition de fournitures dentaires y seront également installés. D'autres sections, le musée, et les démonstrations seront dans l'Imperial College of Science and Technology, en face de l'Université.

Liste des sections, de leurs bureaux, des sujets de rapports et des communications.

N. B. — D'une façon générale, les rapports seront présentés le matin, et les communications l'après-midi.

(Nous avons publié cette liste dans nos numéros des 15 février, 15 mars, 30 mars, 15 avril, 30 avril et 15 juin 1914).

Musée du Congrès.

(Nous avons publié dans notre numéro du 15 mars la liste des sections, le but et le règlement du Musée.)

Séance de cloture.

La séance de clôture aura lieu le samedi 8 août à midi.

Un programme quotidien sera publié avec le Journal quotidien pendant le Congrès.

Exposition d'appareils dentaires, etc.

Cette exposition sera aménagée dans le Grand Hall et dans les galeries est et ouest de l'Université.

La plupart des principales maisons de fabrication et de fourniture d'instruments et accessoires dentaires prennent part à cette exposition, qui promet d'être la plus grande et la plus importante qui ait été tenue en Angleterre.

Banquet.

Le banquet du Congrès aura lieu dans l'Imperial Banqueting Hall, à l'Exposition anglo-américaine (White City), le jeudi, 6 août.

Prix 7s. 6d. (9 fr. 35), y compris l'entrée à l'Exposition.

Demander les cartes sans délai aux secrétaires généraux du Congrès, 19, Hanover Square, Londres W.

Pendant la durée du Congrès des consommations et des déjeuners seront servis dans un pavillon spécial dans la cour de l'Université.

Réceptions.

Réception sans cérémonie à l'Hôtel Cecil, le lundi, 3 août.

Réception par le Lord Maire et la Municipalité de Londres au Guildhall, le mardi, 4 août.

Réception par le Président et le Conseil au Royal College of Surgeons le mercredi, 5 août.

Réception par la British Dental Association au Natural History Museum, South Kensington, le vendredi, 7 août.

Excursions.

Des dispositions ont été prises pour conduire des groupes de membres aux divers endroits d'intérêt historique de Londres et des environs, et à différents hôpitaux et institutions scientifiques. Un guide sommaire de Londres accompagnera le programme définitif.

Après le Congrès, les membres auront la possibilité de visiter Oxford, Cambridge, le pays de Shakespeare, les Lacs, l'Ile de Wight, l'Ecosse, etc., et, lorsqu'on connaîtra le nombre de ceux qui désireront en profiter toutes les facilités leur seront offertes.

Un Comité de dames a été nommé pour les réceptions spéciales destinées aux dames accompagnant les membres pendant la partie technique du Congrès.

Voyage et hotels.

Les dispositions pour arriver à Londres des différentes parties du monde et les arrangements avec les hôtels pour la période du Congrès, sont confiés à MM. T. Cook and Son, Ludgate Circus, Londres, E. C.

En vue d'assister les congressistes MM. Thos. Cook and Son se chargent de réserver les logements qui seront demandés dans les hôtels, et nous donnons ci-dessous une liste d'hôtels, avec les prix. Les membres désirant profiter de ces avantages doivent envoyer *un dépôt de* 25 fr. à MM. Thos, Cook and Son, ou à l'un quelconque de leurs bureaux, et les chambres désirées seront réservées. Un reçu sera délivré pour le montant en question, et sera *accepté comme paiement partiel de la note d'hôtel.*

Les prix indiqués ci-dessous sont les prix minimum pour les chambres, et comme les hôtels s'attendent à être entièrement retenus au commencement d'août, il est préférable que les congressistes accordent à MM. Thos. Cook and Son quelque liberté en ce qui concerne le prix des chambres à réserver, pour éviter la correspondance inutile.

Autant que possible, certains hôtels seront choisis pour les différentes nationalités.

Single room — Chambre à un lit.
Double room — Chambre à deux lits.

Light and attendance — Eclairage et service.

Private sitting-room — Salon particulier.

Breakfast — Petit déjeuner. — Lunch — Déjeuner à la fourchette. Dinner — Dîner.

Rates for rooms include breakfast —Petit déjeuner compris dans le prix des chambres.

From — A partir de S.-shilling (1 fr. 25) ; d-penny.pence (0 fr. 60). = And-d.

SAVOY HOTEL, *Strand, W. C.* Single rooms, light and attendance, from 12s. 6d.; double rooms, from 18s. 6d. ; private sitting-rooms, from 21s. ; breakfast, 2s. and 3s. 6d. ; lunch and dinner *à la carte*.

HOTEL CECIL, *Strand, W. C.* Single rooms, light and attendance, from 7s. 6d. ; double rooms, from 12s. ; private sitting-rooms, from 15s. ; breakfast, 2s. and 3s. 6d. ; lunch, 4s. ; dinner, 6s.

GRAND HOTEL, *Northumberland Avenue, W. C.* Single rooms, light and attendance, from 7s. 6d. ; double rooms, from 12s. ; private sitting-rooms, from 15s. ; breakfast, 2s. and 3s. 6d. ; lunch, 4s. ; dinner, 6s.

HOTEL METROPOLE, *Northumberland Avenue, W. C.* Single rooms, lights and attendance, from 9s. ; double rooms, from 15s. ; private sitting-rooms, from 22s. 6d. ; breakfast, 2s. 6d. and 3s. 6d. ; lunch, 4s. ; dinner, 6s.

GROSVENOR HOTEL, *Victoria, S. W.* Single rooms, light and attendance, from 8s. 6d. ; double rooms, from 13s. 6 d.; private sitting-rooms, from 20s. ; breakfast, 2s. and 3s. 6d. ; lunch, 4s. ; dinner, 6s.

VICTORIA HOTEL, *Northumberland Avenue, W. C.* Single rooms, light and attendance, from 6s. 6d. ; double rooms, from 11s. 6d. ; private sitting-rooms, from 15s. ; breakfast, 2s. and 3s. 6d. ; lunch, 3s. 6d. ; dinner, 6s.

PICCADILLY HOTEL, *London, W.* Single rooms, light and attendance, from 12s. 6d. ; double rooms from 18s. ; private sitting-rooms, from 21s. ; breakfast, 2s. and 3s. 6d. ; lunch in restaurant, 5s. ; in grill room, 3s. 6d. ; dinner in restaurant, 7s. 6d. ; in grill room, 5s. 6d.

HYDE PARK HOTEL, *Knightsbridge, S. W.* Single rooms, light and attendance, from 9s. ; double rooms, from 15s. ; private sitting-rooms, from 21s. ; breakfast, 1s. 6d. and 3s. 6d. ; lunch, 3s. ; dinner, 7s. 6d.

ST ERMIN'S HOTEL, *St. James's Park, S. W.* Single rooms, light and attendance, from 5s.; double rooms, from 10s. ; private sitting-rooms, from 10s. 6d. ; breakfast 1s. 6d. and 3s. ; lunch, 3s. ; dinner, 5s.

ALEXANDRA HOTEL, *Hyde park Corner, S. W.* Single rooms, light and attendance, from 7s. ; double rooms, from 10s. ; private sitting-rooms, from 10s. 6d. ; breakfast, 2s. and 3s. 6d. ; lunch, 3s. 6d. ; dinner, 6s. 6d.

STAFFORD HOTEL, *St. James's Place, S. W.* Single rooms, light and attendance, from 5s. ; double rooms, from 9s. ; private sitting-rooms, from 7s. 6d. ; breakfast, 2s. and 3s. 6d. ; lunch, 3s. 6d. ; dinner, 4s. 6d.

HOTEL CURZON, *Mayfair, W.* Single rooms, light and attendance, from 4s. ; double rooms, from 9s. ; private sitting-rooms, from 9s. ; breakfast, 2s. and 3s. 6d. ; lunch, 3s. 6d. ; dinner, 5s. 6d.

DE KEYSER'S ROYAL HOTEL, *Victoria Embankment, E. C.* Single rooms, light and attendance, from 6s. ; double rooms, from 9s. ; private sitting-rooms, from 10s. ; breakfast, 1s. 6d. and 3s. 6d. ; lunch, 2s. 6d. and 3s. 6d. ; dinner, 5s.

Royal Palace Hotel, *Kensington, W.* Single rooms, light and attendance, from 5s. ; double rooms, from 8s. 6d. ; private sitting-rooms, from 10s. 6d. ; breakfast, 2s. and 3s. ; lunch, 3s. ; dinner, 4s. 6d.

First Avenue Hotel, *High Holborn, W. C.* Single rooms, light and attendance, from 6s. ; double rooms, from 10s. ; private sitting-rooms, from 14s. ; breakfast, 2s. and 2s. 6d. ; lunch, 2s. 6d. ; dinner, 3s. 6d. and 5s.

Hotel Great Central, *London, N. W.* Single rooms, light and attendance, from 6s. ; double rooms, from 9s. ; private sitting-rooms, from 10s. 6d. ; breakfast, 2s. and 3s. 6d. ; lunch, 3s. 6d. ; dinner, 6s.

Buckingham Palace Hotel, *Buckingham Gate, S. W.* Single rooms, light and attendance, from 6s. 6d. ; double rooms, from 10s. 6d. ; private sitting-rooms, from 12s. 6d. ; breakfast, 2s. and 3s. 6d. ; lunch, 3s. 6d. ; dinner, 6s.

Langham Hotel, *Portland Place, W.* Single rooms, light and attendance, from 5s. ; double rooms, from 8s. 6d. ; private sitting-rooms, from 12s. 6d. ; breakfast, 2s. and 3s. ; lunch, 2s. 6d. and 4s. ; dinner, 5s.

Westminster Palace Hotel, *London, S. W.* Single rooms, light and attendance, from 4s. ; double rooms, from 8s. ; private sitting-rooms, from 7s. 6d. ; breakfast, 1s. 6d. and 2s. 6d. ; lunch, 2s. 6d. ; dinner, 4s.

De Vere Hotel, *Kensington, W.* Single rooms, light and attendance, from 5s. 6d. ; double rooms, from 8s. 6d. ; private sitting-rooms, from 10s. 6d. ; breakfast, 2s. and 2s. 6d. ; lunch, 3s. 6d. ; dinner, 6s.

Hotel Windsor, *Westminster, S. W.* Single rooms, light and attendance, from 4s. ; double rooms, from 7s. ; private sitting-rooms from 8s. ; breakfast, 2s. and 3s. ; lunch, 3s. ; dinner, 5s.

South Kensington Hotel, *Queen's Gate Terrace, S. W.* Single rooms, light and attendance, from 5s. 6d. ; double rooms, from 10s.; private sitting-rooms, from 10s. 6d. ; breakfast, 2s. and 3s. ; lunch, 3s. ; dinner, 5s.

Bailey's Hotel, *Gloucester Road, S. W.* Single rooms, light and attendance, from 5s. 6d. ; double rooms, from 10s. ; private sitting-rooms, from 9s. ; breakfast, 2s. and 3s. ; lunch, 3s. 6d. ; dinner, 5s.

Hotel Europe, *Leicester Square, W. C.* Single rooms, light and attendance, from 5s. ; double rooms, from 10s. ; private sitting-rooms, from 10s. 6d. ; breakfast, 1s. 6d. and 2s. 6d. ; lunch, 2s. 6d. ; dinner, 4s.

Hotel Richelieu, *Oxford Street, W.* Single rooms, light and attendance, from 5s. ; double rooms, from 8s. 6d. ; private sitting-rooms, from 7s. 6d. ; breakfast, 1s. 6d. and 2s. 6d. ; lunch, 2s. ; dinner, 3s. 6d.

Grafton Hotel, *Tottenham Court Road, W.* Single rooms, light and attendance, from 4s. ; double rooms, from 8s. ; private sitting-rooms, from 7s. 6d. ; breakfast, 1s. 6d. and 2s. ; lunch, 2s. ; dinner, 3s.

Marble Arch Hotel, *Hyde Park, W.* Single rooms, light and attendance, from 4s. ; double rooms, from 8s. ; private sitting-rooms, from 6s. ; breakfast, 1s. 6d. and 2s. 6d. ; lunch, 2s. 6d. ; dinner, 4s.

Berners Hotel, *Berners Street, W.* Single rooms, lights and attendance, from 6s. ; double rooms from 11s. ; private sitting-rooms, from 10s. ; lunch, 2s. ; dinner, 3s. 6d. The rates for rooms, both single and double, include breakfast.

Golden Cross Hotel, *Strand, W. C.* Single rooms, light and attendance, from 4s. 6d. ; double rooms, from 9s. ; private sitting-rooms, from 7s. 6d. ; breakfast, 1s. 6d. and 2s. 6d. ; lunch, 2s. 6d. ; dinner, 3s. and 4s.

Wilton Hotel, *Victoria, S. W.* Single rooms, light and attendance, from 3s. 6d. ; double rooms, from 6s. ; private sitting-rooms, from 5s. 6d. ; breakfast, 1s. 3d. and 2s. ; lunch, 2s. ; dinner, 3s.

York Hotel, *Berners Street, W.* Single rooms, light, attendance and breakfast, from 6s. ; double rooms and breakfast, from 11s. ; private sitting-rooms, from 10s. ; lunch, 1s. 6d. ; dinner, 2s.6d.

Endsleigh Palace Hotel, *Endsleigh Gardens, N. W.* Single rooms, light, attendance and breakfast, from 5d. double rooms, light, attendance and breakfast, from 10s. ; private sitting-rooms, from 10s. ; lunch, 1s. 6d. ; dinner, 2s. 6d.

Regina Hotel, *Southampton Row, W. C.* Single rooms, light, attendance and breakfast, from 6s. ; double rooms and breakfast, from 12s. ; private sitting-rooms, from 5s. 6d. ; lunch, 2s. ; dinner 3s.

Bolton Mansions Hotel, *South Kensington, S. W.* Single rooms, light and attendance, from 3s. 6d. ; double rooms, from 6s. ; private sitting-rooms, from 6s. ; breakfast, 1s. 6d. and 2s. ; lunch, 2s. 6d. ; dinner, 3s. 6d.

Imperial Hotel, *Russell Square, W. C.* Single rooms, light and attendance, from 3s. ; double rooms, from 6s. ; private sitting-rooms from 7s. 6d. ; breakfast, 1s. 6d. and 2s. ; lunch, 2s. ; dinner, 3s.

Bedford Hotel, *Southampton Row, W. C.* Single rooms, light and attendance from 3s. ; double rooms, from 5s. 6d. ; private sitting rooms, from 6s.6d. ; breakfast, 1s. 6d. and 2s ; lunch, 1s. 6d. and 2s. ; dinner, 5s.

Hotel Rembrandt, *Thurloe Place, South Kensington* Seinglc rooms, light and attendance, from 6s. 6d. ; double rooms, from 12s. ; private sitting-rooms, from 15s. ; breakfast, 2s. and 3s. ; lunch, 3s. ; dinner, 5s.

Hotel Van dyke, *Cromwell Road, Queen's Gate, S. W.* Single rooms, light and attendance, from 5s. 6d. ; double rooms, from 10s, 6d. ; private sitting-rooms, from 12s. 6d. ; breakfast, 2s. and 3s. ; lunch, 3s. ; dinner, 5s.

The Knightsbridge Hotel, *Knightsbridge, S. W.* Single rooms, light and attendance, from 5s. ; double rooms, from 8s. ; private sitting-rooms, from 10s. 6d. ; breakfast, 2s. and 2s. 6d. ; lunch, 3s. ; dinner, 3s. 6d. and 5s.

Sloane Gate Hotel, *Basil Street, Knightsbridge, S. W.* Single rooms, light and attendance, from 4s. 6d. ; double rooms, from 8s. ; private sitting-rooms, from 6s. 6d. ; breakfast, 1s. 6d. and 2s. ; lunch, 2s. 6d. ; dinner, 3s. 6d.

Artillery Mansions Hotel, *Victoria Street, Westminster, S. W.* At this establishmeht only inclusive arrangements can be made, the charges being 12s. 6d. per day for single rooms, and 21s. per day for double rooms, which would provide for bedroom, light, attendance, breakfast, lunch and dinner. Sitting-rooms, from 7s. 6d.

Horrex's Hotel, *Strand, W. C.* Single rooms, light and attendance, from 6s. 6d. ; double rooms, from 13s. ; private sitting-rooms, from 7s. ; lunch, 2s. ; dinner, 3s. 6d. ; the rates for rooms also include breakfast.

Norfolk Hotel, *Surrey Street, Strand, W. C.* Single rooms, light attendance and breakfast, from 6s. 6d. ; double rooms and breakfast, from 13s. ; private sitting-rooms, from 7s. ; lunch, 2s. ; dinner, 3s. 6d.

Temperance Hotels.

Kingsley Hotel, *Hart Street, Bloomsbury Square, W. C.* Single rooms, light and attendance, from 3s. 6d. ; double rooms, from 7s. ; private sitting-rooms, from 10s. 6d. ; breakfast, 1s. 3d. and 2s. ; lunch, 2s. ; dinner, 3s.

Thackeray Hotel, *Great Russell Street, W. C.* Single rooms, light and attendance from 3s. 6d. ; double rooms, from 7s. ; private sitting-rooms, from 10s. 6d. ; breakfast, 1s. 3d. and 2s. ; lunch, 2s. ; dinner, 3s.

Esmond Hotel, *Russell Square, W. C.* Single rooms, lights and attendance, from 3s. ; double rooms from 5s. 6d. ; breakfast, 1s. 3d. and 2s. ; lunch, 2s. ; dinner, 2s. 6d.

Hotel Gwalia, *Upper Woburn Place, W. C.* Single rooms, light, attendance, breakfast and bath, from 5s. ; double rooms, breakfast and bath, from 10s. ; private sitting-rooms, from 7s. 6d. ; breakfast, 1s. 6d. and 2s. ; lunch, 2s. ; dinner, 2s. 6d.

Osborne Hotel, *Tavistock Place, W. C.* Single rooms, light and attendance, from 2s. 6d. ; double rooms, from 3s. 6d. ; private sitting-rooms, from 5s. ; breakfast, 1s. and 1s. 6d. ; lunch, 1s. 6d. to 2s. ; dinner, 2s. 6d.

Excursions.

Un certain nombre d'excursions seront organisées pour les congressistes pendant les Congrès, et des renseignements à ce sujet seront données séparément.

Pour les congressistes désirant visiter les Iles Britanniques après le Congrès, le choix suivant d'excursions a été fait, embrassant les points les plus intéressants, savoir :

10 août. — Visites aux endroits intéressants de Londres et des environs.

10 au 15 août. — L'Ecosse et les Lacs anglais (six jours, tout compris £ 12).

* 11 août. — *Brighton.*

11 au 12 août. — L'Ile de Wight et la New Forest (trois jours, tout compris, £ 4.15s.).

11 au 12 août. — Oxford et le pays de Shakespeare (deux jours, tout compris, £ 3.15s.).

13 août. — *Cambridge.*

Des programmes détaillés des excursions ci-dessus sont envoyés, sur demande adressée au bureau du Congrès ou à MM. Thos. Cook and Son qui fourniront tous renseignements supplémentaires sur ces excursions ou autres dans toutes les parties du monde.

Un dépôt de £ 1 pour se réserver une place dans les excursions ci-dessus doit être versé *vers le 1er juillet* à MM. Thos. Cook and Son.

* Renseignements au Bureau du Congrès seulement.

AVIS.

Pour la commodité des membres, une Banque locale temporaire et des Bureaux de change, de poste, de téléphone et de télégraphe seront installés à l'Université pendant la durée du Congrès.

Des interprètes seront en nombre suffisant pour les travaux du Congrès et à la disposition des membres aux réunions, réceptions, etc.

Les demandes de participation au Congrès émanant de praticiens à l'étranger doivent être approuvées par les secrétaires de leurs Comités nationaux sur la formule d'adhésion elle-même.

Le montant de la cotisation doit également être joint à la demande : 38 francs pour membre titulaire, et 19 francs pour tout membre de la famille désirant assister au Congrès comme visiteur.

A une date ultérieure, des cartes et insignes de membres seront distribués à tous les congressistes et visiteurs.

Tous les avis de communications et de démonstrations doivent être envoyés le plus tôt possible aux secrétaires généraux : MM. NORMAN G. BENNET, H. R. F. BROOKS, 19 Hanover Square, Londres, W.

STATUTS DU CONGRÈS.

(Nous avons publié les statuts du Congrès et le règlement des discussions dans notre numéro du 15 juin 1913.)

PROGRAMME DES EXCURSIONS.

N° 1. Visite de Londres.

Lundi, 10 *août*. — Départ de l'Université de Londres, South Kensington, à 10 heures du matin. Itinéraire : Knightsbridge, Park Lane, Oxford Street, High Holborn, Holborn Viaduct, Smithfield Market, Giltspur Street, Newgate Street, Cheapside, Guildhall, Mansion House, Royal Exchange, Bank of England, King William Street, Eastcheap, Tower of London (Tour de Londres), le Pont de la Tour, Tooley Street, London Bridge, Cannon Street, la Cathédrale St-Paul, Ludgate Hill, Fleet Street, Strand. Intervalle pour le déjeuner. Après le déjeuner, on continue par Trafalgar Square, National Gallery, Whitehall, Palais du Parlement, Abbaye de Westminster, revenant à l'Université de Londres vers 5 heures du soir.

Prix à forfait : 10 *shillings*, 6 *pence*.

Ce prix comprend : — 1. Une place en char-à-bancs. — 2. Le déjeuner à table d'hôte. — 3. Tous les frais d'entrée. — 4. Les pourboires aux garçons. — 5. Les services d'un guide-interprète expérimenté.

N° 2. Voyage accompagné aux Lacs Anglais et en Ecosse.

Lundi, 10 *août.* — Départ de Londres par express du matin pour Ambleside.

Mardi, 11 *août.* — D'Ambleside à Keswick par coach, *via* Grasmere et Thirlmere.

Mercredi, 12 *août.* — Départ par train du matin pour Glasgow. L'après-midi, promenade en voiture dans Glasgow.

Jeudi, 13 *août.* — Départ pour Edimbourg par les Trossachs.

Vendredi, 14 *août.* — Séjour à Edimbourg. Une promenade en voiture sera organisée pour la visite des principales curiosités.

Samedi, 15 *août.* — Départ d'Edimbourg par express du matin pour Londres.

Prix à forfait : £12.

Ce prix global comprend : — 1. Les billets de voyage, 3e classe en chemins de fer et salon sur les bateaux, de Londres à Londres. — 2. Le séjour dans des hôtels de classe supérieure, commençant par le déjeuner le lundi, 10 août, et terminant par le déjeuner le samedi, 15 août. — 3. Les voitures d'Ambleside à Keswick et à Glasgow et Edimbourg. — 4. Les transports en omnibus des gares aux hôtels et vice versa lorsque ceci est nécessaire. — 5. Une franchise de bagages de 100 livres anglaises. — 6. Les pourboires aux employés des hôtels et des gares, aux cochers, et les frais d'entrée dans les musées et monuments visités avec notre représentant. — 7. Les services d'un représentant compétent pendant toute la durée de l'excursion de Londres à Londres.

N° 3. Voyage accompagné à l'Ile de Wight et New Forest.

Lundi, 10 *août.* — Départ de Londres (Waterloo Station) à 9 h. 10 par Portsmouth et Ryde, à destination de Ventnor, arrivée à 12 h. 58. L'après-midi promenade en voiture à Shanklin et retour.

Mardi, 11 *août.* — Le matin à Ventnor. L'après-midi promenade en voiture à Freshwater Bay, où l'on passera la nuit.

Mercredi, 12 *août.* — Départ de Freshwater Bay par Yarmouth et Lymington à destination de Brockenhurst ; promenade en voiture à travers la « New Forest »; déjeuner à Lyndhurst et la promenade se continue dans la New Forest jusqu'à Minstead, Stony Cross et Castle Malwood Lodge, retour à Brockenhurst. Retour par chemin de fer à Londres, arrivée vers 19 h. 30.

Prix : £4 15s., comprenant : — 1. Les billets de troisième classe de Londres à Londres. — 2. Le séjour et la nourriture dans des hôtels de premier ordre, se composant du petit déjeuner à l'Anglaise, déjeuner à la fourchette, et dîner à table d'hôte, la chambre à coucher, lumière

et service, commençant par le déjeuner le lundi, 10 août, et se terminant par le déjeuner le mercredi, 12 août. — 3. Promenades en voiture de Ventnor à Shanklin et retour, de Ventnor à Freshwater Bay et excursion à travers la « New Forest » de Brockenhurst à Brockenhurst. — 4 Le transport des voyageurs entre les gares et les hôtels, où il sera jugé nécessaire. — 5. Le transport gratuit des bagages à main. — 6. Les pourboires aux employés d'hôtel, de chemin de fer, et aux cochers. — 7. Les services d'un guide compétent pendant toute la durée du voyage, de Londres à Londres.

N° 4. Voyage spécial accompagné à Oxford et à son Université et au pays natal de Shakespeare.

Mardi, 11 *août*. — Départ de Londres (Paddington Station) à 9 h. 50 pour Oxford. Promenade en voiture dans la ville d'Oxford, visite des collèges, etc. Départ d'Oxford par chemin de fer pour Leamington, où l'on passera la nuit.

Mercredi, 12 *août*. — Promenade en automobile pour visiter Warwick Castle, Kenilworth Castle, Shottery, Stratford-on-Avon, etc. Départ de Stratford-on-Avon à 17 h. 25 pour arriver à Londres vers 19 h. 50.

Prix : £3 15s. comprenant : — 1. Les billets de troisième classe. — 2. Le séjour et la nourriture dans des hôtels de premier ordre, se composant du petit déjeuner à l'Anglaise, déjeuner à la fourchette, et dîner à table d'hôte, chambre à coucher, lumière et service, commençant par le déjeuner du 11 août et se terminant par le dîner du 12 août — 3. La promenade en voiture à Oxford et l'excursion en automobile de Leamington à travers le pays natal de Shakespeare. — 4. Le transport des voyageurs entre la gare et l'hôtel à Leamington. — 5. Les pourboires aux employés d'hôtel, de chemin de fer, et aux cochers, les entrées aux musées et monuments, etc. — 6. Les services d'un guide compétent pendant toute la durée du voyage.

***

Le formulaire ci-après doit être rempli par les congressistes qui désirent prendre part aux voyages accompagnés.

Les adhésions seront traitées dans l'ordre de leur réception, et les listes seront closes dès que le nombre de participants, qui est limité, sera atteint.

Ce formulaire devra être retourné si possible *avant le premier juillet* à la Maison Thomas Cook and Son ; de toute façon le mardi, 4 août, est le dernier jour auquel les adhésions pourront être acceptées au Bureau de Voyages du Hall du Congrès.

Dans le cas où il n'y aurait pas un nombre suffisant d'adhésions pour un voyage quelconque, l'excursion serait annulée, et l'argent

versé pour les billets serait, au gré du client, remboursé ou transferré à une autre excursion.

Congrès International Dentaire, Londres, 1914.

Messieurs THOMAS COOK & SON
(Conducted Tours Department),
Ludgate Circus, Londres, E. C. (Angleterre)
(ou Bureau Local)

Messieurs,

Je soussigné.........................., Membre du Congrès International Dentaire, désire prendre part aux voyages accompagnés suivants. Je serai accompagné par les membres extraordinaires dont les noms suivent :

....

....

et je vous serai obligé de vouloir bien me réserver les billets nécessaires.

Excursion N°.	Date de l'excursion	Titre de l'excursion	Durée	Prix de l'excursion
				£ s. d.
1	10 Août	Visite de Londres	1 jour	10 6
2	10-15 "	L'Ecosse et les Lacs Anglais	6 jours	12
3	10-12 "	Ile de Wight et New Forest	3 jours	4 15
4	11-12 "	Oxford et le pays natal de Shakespeare	2 jours	3 15 0

Ecrire lisiblement. Montant Total ... £

Je vous remets ci-joint la somme de £ ....

* paiement
dépôt en acompte } de ou des excursions susmentionnées

(On est prié de faire les paiements par chèque sur Londres, si possible)

* *Biffer les mots inutiles.*

Signature ....

Résidence .... *Adresse à Londres* ....

....

Date ....

AVIS IMPORTANT. — MM. Th. Cook et Fils déclarent que tous les billets et coupons délivrés par eux, ou pour des parcours en chemin de fer, bateaux à vapeur, bateaux, omnibus, voitures, dili-

gences, automobiles, ou pour des séjours dans des hôtels, sont émis sous la condition expresse qu'ils ne pourront être rendus responsables d'aucunes blessures, pertes, accidents, retards ou irrégularités, qui seraient causés par un défaut quelconque d'un véhicule, de quelque nature qu'il soit, ou par la négligence ou la faute de toute Compagnie ou personne chargée du transport du voyageur, ou du propriétaire d'hôtel ou de toute autre personne ayant charge d'exécuter les services pour lesquels le ou les billets ou coupons ont été respectivement émis pas plus qu'ils ne pourront être rendus responsables pour les bagages dans les voyages indiqués dans ce programme. Il est entendu que les bagages à main : parapluies, appareils photographiques et d'optique, couvertures et tous les petits bagages restent entièrement sous la surveillance de chaque voyageur. MM. Th. Cook et Fils recommandent instamment aux voyageurs d'utiliser leur système d'assurance de bagages dont les conditions peuvent être obtenues dans un quelconque de leurs bureaux.

*
* *

Réductions consenties sur les chemins de fer et bateaux, trajet Paris-Londres

1° *Réseau de l'Etat (voie Dieppe-Newhahen).*

Aller et retour valable un mois.

1re classe : 52 fr. 05, *au lieu de* 85 fr. 15.
2e » : 40 fr. 80, *au lieu de* 61 fr. 15.

2° *Réseau du Nord (voie Boulogne-Folkestone).*

1re classe : 74 fr. 10, *au lieu de* 109 fr. 85.
2e » : 49 fr. 85, *au lieu de* 78 fr. 80.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE SUISSE

En attendant que nous publiions le compte rendu complet du Congrès de cette Société, dont nous avons donné le programme, nous reproduisons ci-après le résumé paru dans *la Tribune de Genève*, du 24 mai :

Le 29e Congrès de la Société Odontologique Suisse qui vient de se réunir au Kursaal d'Interlaken a remporté un entier succès. Les conférences et démonstrations ont été suivies par un auditoire nombreux et assidu de participants suisses et étrangers. L'assemblée administrative, après avoir admis vingt-huit candidats, dont trois dames, a renvoyé à l'année prochaine le projet d'assurance obligatoire contre la responsabilité professionnelle. Elle a ajourné indéfiniment la question de la création d'un tribunal d'honneur et s'est occupée de la question de la propagande en faveur de l'hygiène dentaire dans les écoles.

Le comité pour 1914-1915 a été constitué comme suit :

MM. G. A. Stoppany (Zurich), président ; P. Guye (Genève), vice-président ; R. Jaccard (Genève), et H. Scherb (Berne), secrétaire ; P. Witzig (Bâle), trésorier ; Ed. Boitel (Neufchâtel) et Ad. Brodtbeck (Frauenfeld), membres adjoints.

Le Congrès a salué avec enthousiasme la nouvelle de l'incorporation, récemment réalisée, de l'Ecole dentaire de Zurich à l'Université et la création d'un Doctorat en médecine dentaire que pourront obtenir les diplômés fédéraux après deux semestres d'études supplémentaires. Les étudiants en dentisterie sont immatriculés à l'Ecole de médecine de Zurich et jouissent de droits égaux à ceux des autres étudiants de Zurich. L'Ecole dentaire de Zurich est la première en Europe à conférer des diplômes de docteur en médecine dentaire.

Ce progrès, d'une importance considérable, assure définitivement à la profession dentaire sa place parmi les spécialités de la médecine.

Le nouveau président, le prof. Dr Stoppany qui, à travers de très grandes difficultés, a réalisé cette réforme, a été acclamé et vivement félicité par ses collègues pour ce brillant succès.

La prochaine assemblée aura lieu en mai 1915, à Saint-Gall.

CINQUIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE SCOLAIRE

Un Congrès international d'hygiène scolaire, continuant celui de Paris en 1910 et celui de Buffalo en 1913, aura lieu à Bruxelles en 1915. Il est organisé sous les auspices de l'Institut national belge de pédologie et de la Société belge de pédotechnie et placé sous le haut patronage de S. M. Albert, roi des Belges.

Le Comité organisateur est présidé par M. J. Corman, directeur général de l'Enseignement primaire, au ministère des Sciences et des Arts, et par M. le Dr Demoor, recteur à l'Université libre de Bruxelles.

Le programme comporte les questions suivantes :

I — *Bâtiments et mobiliers scolaires.*

II. — *Inspection médicale scolaire à la ville et à la campagne.*

III. — *Prophylaxie des maladies transmissibles.*

IV. — *Education hygiénique des maîtres, des élèves et des familles.*

V. — *L'hygiène dans ses rapports avec l'éducation physique, aux diverses étapes de la croissance.*

VI. — *Hygiène scolaire dans ses rapports avec les programmes, les méthodes, le matériel d'enseignement.*

VII. — *Hygiène scolaire envisagée spécialement au point de vue des irréguliers.*

VIII. — *Hygiène des adolescents.*

Les communications et les demandes de renseignements peuvent être adressées à M. le Dr Rulot, secrétaire général, rue des Rentiers, 66, Bruxelles.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

RÈGLEMENT

RELATIF A L'OBTENTION DU DIPLOME DE DOCTEUR EN MÉDECINE DENTAIRE A L'UNIVERSITÉ DE ZURICH.

(11 *mars* 1914.)

L'Université de Zurich fait connaître que son Institut dentaire a été définitivement incorporé à la Faculté de médecine et que, dès lors, les étudiants en dentisterie peuvent obtenir le titre de docteur en médecine dentaire. Le règlement à cet égard est le suivant :

I. — Le candidat au grade de docteur en médecine dentaire adresse au doyen de la Faculté une demande écrite, à laquelle il annexe :

1° Un curriculum vitæ ;

2° Le certificat constatant qu'il a subi avec succès l'examen fédéral de chirurgien-dentiste ou, exceptionnellement, le diplôme de chirurgien-dentiste obtenu dans un autre pays après avoir subi l'examen d'Etat, diplôme sur l'admission duquel la Faculté prononce à la majorité des voix ;

3° Un certificat d'inscription à cette Faculté pour deux semestres au moins ;

4° Un certificat de 4 années d'études au minimum dans une Université ; un certificat constatant qu'il a suivi des cours de physique, chimie inorganique et organique, de manipulations de chimie, botanique, zoologie, anatomie comparée, anatomie générale (2 semestres), dissection (2 semestres), histologie et histologie microscopique, histoire du développement, physiologie (2 semestres), chimie physiologique, pathologie générale et anatomie pathologique, anatomie pathologique spéciale, histologie pathologique, hygiène, bactériologie, chirurgie générale, pharmacologie générale, clinique médicale (1 semestre), clinique chirurgicale (2 semestres), (ou bien 1 semestre seulement avec 1 semestre de chirurgie spéciale de la cavité buccale avec exercices pratiques), clinique dermatologique-vénéorologique (1 semestre), pathologie spéciale et thérapeutique de la cavité buccale, histologie des tissus pentaires pathologiques, dentisterie théorique, polyclinique dentaire (3 semestres), clinique dentaire et opérations (4 semestres), labo-

ratoire dentaire (4 semestres), prothèse chirurgico-dentaire (cours théorique et 1 semestre de cours pratique), anomalies de position et d'articulation (cours théorique et 1 semestre de cours pratiques).

5° Une dissertation faite par lui dans le domaine des sciences médicales.

II. — Ont voix délibérative pour conférer le diplôme de docteur en médecine dentaire : les membres de la Faculté et le directeur de l'Institut dentaire.

Le Doyen transmet la demande. S'il s'oppose à son admission ou si un membre s'y oppose expressément, la Faculté décide dans une réunion convoquée immédiatement.

L'admission est prononcée à la majorité simple ; en cas d'égalité la voix du doyen est prépondérante.

III. — Si la dissertation a été faite à l'instigation ou sous la direction d'un membre, elle est transmise avec un rapport du représentant de la matière sur laquelle elle porte.

Le vote sur l'admission ou le refus a lieu par écrit. La disserta tion est refusée si plus de 3 membres la rejettent. Dans chaque cas une discussion peut être exigée sur la teneur de la dissertation.

En cas d'admission, si la dissertation a été faite à l'instigation ou sous la direction d'un membre de la Faculté, le nom du rapporteur est mentionné sur le titre de la dissertation imprimée.

IV. — Le mémoire remis comme dissertation ne peut être imprimé comme tel qu'après l'examen oral.

Les travaux imprimés antérieurement ne seront admis exceptionnellement comme dissertations que s'ils ont une valeur scientifique réelle. La Faculté décide à cet égard à la majorité. Dans ce cas le candidat doit, dans le délai fixé par l'article 9, envoyer 180 exemplaires de sa dissertation au secrétariat de l'Université.

V. — L'admission à l'examen de docteur est prononcée par l'acceptation de la dissertation.

L'examen oral doit être subi dans les 6 mois suivant le prononcé de l'admission, y compris les vacances. Cet examen porte sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie générale, l'anatomie pathologique, la chirurgie, la chirurgie spéciale de la cavité buccale, la pharmacologie, l'hygiène, la bactériologie, la pathologie et la thérapeutique de la cavité buccale, la dentisterie opératoire et conservatrice.

Le candidat peut être dispensé d'une partie de cet examen s'il a déjà subi l'examen d'Etat fédéral dans cette branche. Dans tous les cas, le candidat doit subir une épreuve complémentaire d'anatomie (s'il n'a pas subi l'examen d'anatomie physiologique pour les médecins) et une épreuve de chirurgie spéciale de la cavité buccale, de pharmacologie, d'hygiène et de bactériologie.

VI. — Les examens de doctorat et les votes sur ceux-ci ont lieu pendant la durée du semestre officiel.

VII. — A l'examen oral il est attribué des notes : 6 est la plus élevée, 1 la plus basse. Le candidat est ajourné s'il n'a pas obtenu comme moyenne des notes 3, ou si une note est inférieure à 2, ou si deux notes sont inférieures à 3, ou si trois notes sont inférieures à 4. Le Doyen communique au candidat le résultat final de l'examen, mais non les notes séparées.

VIII. — Si le candidat est ajourné, la Faculté prononce sur l'admission à de nouvelles épreuves et sur leur date celles-ci ne peuvent avoir lieu avant 6 mois. Si le candidat échoue une 2e fois, il est définitivement refusé.

IX. — Si le candidat est reçu, il remet 180 exemplaires de sa dissertation imprimée au secrétariat de l'Université, dans les 6 mois de son admission, lorsque la dissertation est imprimée séparément, ou dans l'année suivant son admission lorsque la dissertation paraît dans une Revue. La Faculté peut prolonger ce délai.

Le titre de la dissertation est soumis sous forme d'épreuve, avant l'impression, au Doyen pour approbation.

Ces formalités remplies, il est délivré au candidat un diplôme officiel, dont un duplicata demeure dans les archives.

Si le candidat laisse écouler le délai ci-dessus, il perd son droit à la délivrance du diplôme. La Faculté se réserve de prendre d'autres mesures dans ce cas.

X. — Les droits sont de 420 francs, payables, après admission, au secrétariat de l'Université.

Il est fait remise de 100 francs aux candidats qui, en présentant leur demande, établissent qu'ils ont subi l'examen médical fédéral de chirurgien-dentiste, conformément à l'ordonnance du 29 novembre 1912.

Si le candidat est ajourné une première fois, le 2e examen est gratuit.

Le remboursement des droits n'a lieu ni en cas d'ajournement définitif ni si le candidat, pour une cause quelconque, n'a pas terminé ses épreuves.

XI. — Le Conseil de l'Instruction publique est chargé, après approbation, de l'exécution du présent règlement.

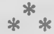
NÉCROLOGIE

Hugo Szwaycarski.

Nous apprenons avec un vif regret la mort de notre confrère M. Hugo Szwaycar-ki Schweitzer, membre de l'A G. S. D. F., trésorier de la Société coopérative des dentistes de France.

C'était un excellent confrère, très aimé de tous ceux qui le connaissaient. Il avait été un des premiers souscripteurs de l'A. G. S. D. F. et avait été diplômé de l'Ecole dentaire de Paris lors de la première promotion, en 1880. C'était un fervent propagandiste de l'Espéranto. Il s'était établi à Provins (Seine-et-Marne) depuis quelques années.

Nous adressons à sa femme et à sa famille nos très sincères condoléances.



M. Augier, chef du Laboratoire d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, professeur adjoint à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'être cruellement éprouvé par la mort de son père, M. le Dr Adolphe Augier, survenue le 6 de ce mois, à 66 ans, à Sanary (Var).

Nous adressons à M. Augier nos vives condoléances.

NOUVELLES

Nominations.

Par décision du Conseil d'administration de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, M. Gernez, chirurgien des hôpitaux, professeur adjoint à l'Ecole dentaire de Paris, a été nommé professeur titulaire.

M. G. Villain, professeur suppléant des cours de prothèse théoriques, a été nommé professeur titulaire.

M. Delionnet a été nommé démonstrateur.

Mariage.

Nous apprenons le mariage de notre confrère, Mlle Andréa Bechœffer, membre de l'A. G. S. D. F., avec M. Jean Joseph

Renoux, chirurgien-dentiste également. La cérémonie a eu lieu dans l'intimité le 15 juin.

Nous adressons nos félicitations aux jeunes époux.

Cliniques dentaires scolaires.

La Société autrichienne d'hygiène dentaire scolaire a ouvert à Baden, près de Vienne, une clinique dentaire scolaire pour le traitement des enfants pauvres des écoles.

La municipalité a accordé à la fondation une subvention annuelle de 1.000 francs.

On annonce également la création d'une clinique du même genre à Troppau (Silésie autrichienne).

Quatre cent mille dents volées !

Un cambriolage a été commis 16, rue Saint-Marc, chez M. Cornelsen, fournisseur pour dentistes.

Les cambrioleurs ont emporté près de 400.000 dents montées sur or et platine, représentant une valeur considérable.

L'appartement où ces marchandises étaient accumulées est situé au premier étage, sur la cour ; les fenêtres donnent sur une marquise grillagée et sont fermées de volets solides.

Le mercredi 10 juin, le concierge constata, en se levant, vers six heures, qu'il manquait la moitié d'un volet attenant à la fenêtre de l'appartement des dentistes. Il monta sur la marquise du premier étage, et fut tout de suite édifié. Des malfaiteurs s'étaient introduits par escalade dans la maison.

Le commissaire de police du quartier fut aussitôt prévenu. Il constata que, pour pénétrer dans l'appartement cambriolé, les monte-en-l'air avaient dû perforer un volet à l'aide d'un villebrequin. Ils firent ainsi plusieurs trous à la base. La moitié du volet céda rapidement. La vitre de la fenêtre fut ensuite coupée avec un diamant. Pour ne pas attirer l'attention, les voleurs enduisirent le carreau de savon noir. Il ne leur restait plus qu'à tourner l'espagnolette de la fenêtre. Ainsi, ils purent tout à leur aise « travailler » dans la maison.

Pour cela, d'ailleurs, ils avaient eu la précaution de munir leurs doigts de gants de caoutchouc. De sorte qu'on n'a pu relever aucune empreinte.

Le 16 juin les inspecteurs de la police judiciaire ont arrêté, après-midi, boulevard des Batignolles, les auteurs du vol. Ce sont les nommés Georges Rosais et Romulus Galione, demeurant 4, passage Marie-Blanche.

Une perquisition opérée chez eux a permis de découvrir la presque totalité des marchandises volées, soit pour environ 72.000 francs.

Une curieuse prothèse dentaire.

Le jardin zoologique de Francfort possède un gavial du Gange, spécimen du crocodile saint des Indes. Ce précieux animal s'étant brisé la mâchoire, il y a quelques semaines, sur les rochers de son bassin, tous les efforts pour ressouder les deux parties de l'os restèrent vains.

Le médecin-major Marx a réussi à remplacer la mandibule fracturée par une mâchoire artificielle en aluminium.

(*Les Nouvelles*, 5 mai 1914.)

Un diplôme de dentiste de la Cour.

Sous ce titre le Journal d'Alsace-Lorraine, édité à Strasbourg, publie, dans son numéro du 26 mai la dépêche suivante de Berlin:

Revenant sur les révélations du docteur Liebknecht au sujet de trafic des titres, la « Volkswacht », de Berlin, publie deux nouvelles lettres du docteur Ludwig.

Dans ces lettres, qui datent d'avril 1912, le docteur Ludwig offre de procurer des titres de médecin dentiste de la Cour. Il fait remarquer que si l'amateur est médecin dentiste diplômé d'une faculté allemande, le titre ne lui coûtera que huit à dix mille marks, sinon il lui reviendra plus cher.

La « Morgen-Post », qui reproduit cette information, conclut :

« On ne dit malheureusement pas si cette opération a été menée à bonne fin, mais de toute façon il est clair que l'agent de la Ligue nationale contre le socialisme ne s'est pas offert qu'une seule fois comme intermédiaire pour la vente de titres, mais qu'il l'a fait à différentes reprises ».

Nouvelle société dentaire.

Sous la raison sociale « Association des spécialistes en prothèse dentaire », il a été fondé une société coopérative, dont le siège est à Lausanne. Les statuts portent la date du 28 février 1914. L'association a pour but de réunir tous les spécialistes en prothèse dentaire de Lausanne et du canton de Vaud, de maintenir et de fortifier entre eux les bonnes relations d'amitié et de camaraderie, de faciliter la défense de leurs intérêts professionnels.

Le comité est composé de M. Henri Pache, à La Conversion sur Lutry, président ; Georges Desaules, secrétaire, et Gustave Fuhrmann, caissier, ces deux derniers à Lausanne.

INDEX ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

1er semestre 1914.

P

Q

R

S

T

TABLE MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

NÉCROLOGIE

NOTES PRATIQUES

NOUVELLES

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Congrès du Havre.

Congrès de Londres.

Congrès du Panama-Pacifique.

REVUE ANALYTIQUE

REVUE DES REVUES

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

Société de stomatologie.

Société odontologique de France.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

NOMS D'AUTEURS [1]

1. Les noms en italiques indiquent les orateurs qui ont pris part aux discussions de la Société d'Odontologie.